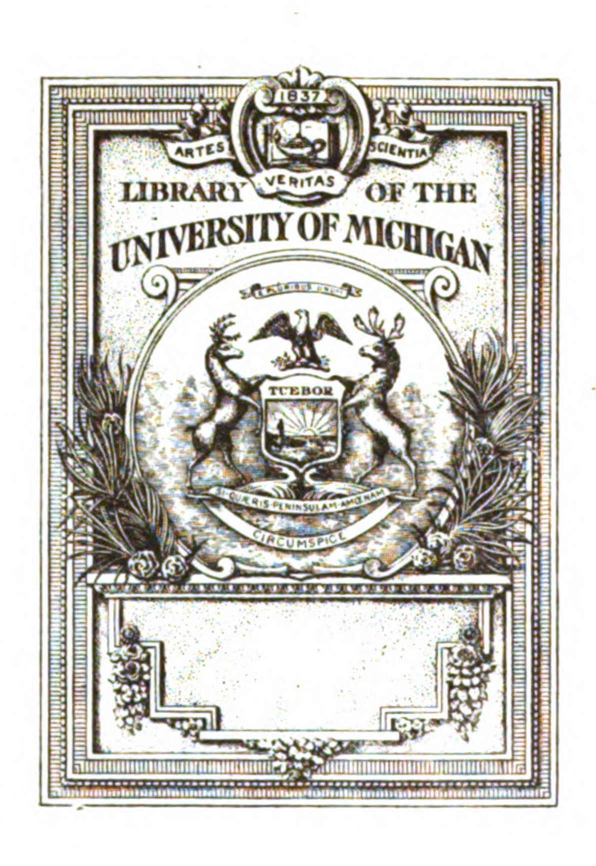
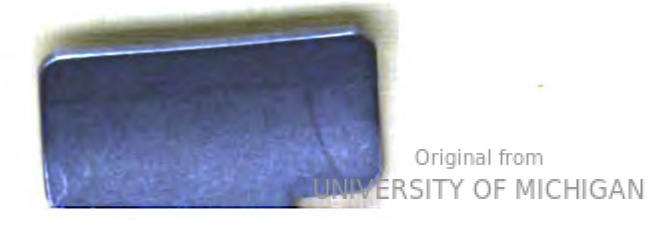





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE

und

NEUROLOGIE

Organ des Vereines für Psychiatrie und Neurologie
in Wien.

HERAUSGEGEBEN

von

Dr. F. Hartmann, Professor in Graz.
Dr. K. Mayer, Professor in Innsbruck.
Dr. H. Obersteiner, Professor in Wien.
Dr. A. Pick, Professor in Prag.
Dr. J. Wagner v. Jauregg, Professor in Wien.

REDIGIERT

von

Dr. O. Marburg und **Dr. E. Raimann**
in Wien.

NEUNUNDDREISSIGSTER BAND.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1919.



Verlags-Nr. 2525.

Buchdruckerei Fr. Winiker & Schickardt, Brünn.



Inhaltsverzeichnis.

JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE

und

NEUROLOGIE.

Organ des Vereines für Psychiatrie und Neurologie
in Wien.

HERAUSGEGEBEN

von

Dr. F. Hartmann, Professor in Graz. **Dr. K. Mayer,** Professor in Innsbruck. **Dr. H. Obersteiner,** Professor in Wien.

Dr. A. Pick, Professor in Prag. **Dr. J. Wagner v. Jauregg,** Professor in Wien.

REDIGIERT

von

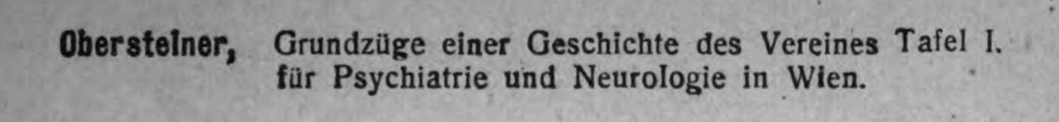
Dr. O. Marburg und **Dr. E. Raimann**
in Wien.

NEUNUNDDREISSIGSTER BAND, 1. HEFT.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1919.

Verlags-Nr. 2500.





Obersteiner, Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien. Tafel I.



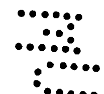
Th. Meynert
1872 — 1892



K. Spurzheim
1871 — 1872

Lichtdruck v. Max Jaffé, Wien.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.





Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten fünfzig Jahren seines Bestehens (1868—1918).

Von

Heinrich Obersteiner.

(Mit den Bildern der vier ersten Vorsitzenden.)

Unser Verein, der nun bereits eine fünfzigjährige Tätigkeit hinter sich hat, kann sich rühmen, einer der ältesten wissenschaftlichen ärztlichen Vereine Wiens zu sein und dennoch kein Zeichen von Alters-Marasmus erkennen zu lassen; er blüht und gedeiht vielmehr und erfreut sich einer allseitigen Anerkennung.

In der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts war es besonders in Österreich um die Psychiatrie noch recht schlecht bestellt, und auch die damaligen Kenntnisse auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten müssen — wie übrigens überall — als äußerst primitive bezeichnet werden. Dieser Erkenntnis konnten sich denn die Fachleute nicht verschließen und sie mag in erster Linie zur Gründung von Zeitschriften und Vereinen in verschiedenen Ländern beigetragen haben, deren Aufgabe es sein sollte, einem solchen Mangel abzuhelfen. So sehen wir denn zunächst, neben manchen kurzlebigen, auch eine Anzahl solcher bedeutender, rein psychiatrischer Zeitschriften, die jetzt noch blühen, entstehen; zuerst die Annales médico-psychologiques (1843), dann die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (1844), ferner The Journal of mental science (1852), das American Journal of Insanity (1844), und (1864) das Archivio italiano per le malattie nervose e per le alienazioni mentali (aufgegangen in die Rivista sperimentale di Psichiatria e Neurologia 1874). Zu gleicher Zeit oder bald darnach fanden sich die Irrenärzte zusammen zur Gründung von Vereinen, deren Zweck zunächst „Förderung des gesamten Irrenwesens" war. Als erste in



England die Medico-psychological Association (bereits 1841), dann in Paris die Société médico-psychologique (1852), ferner in Deutschland der Verein deutscher Irrenärzte (1864) der 1905 den Namen „Deutscher Verein für Psychiatrie" annahm, dem aber schon der Verein schweizerischer Irrenärzte vorangegangen war (1863), der psychiatrische Verein zu Berlin (1867), der psychiatrische Verein der Rheinprovinz (1867)[1]), die sich übrigens für Zweige des allgemeinen Vereins deutscher Irrenärzte erklärten, ferner (1868) der Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens, der Vereine südwestdeutscher Psychiater. Im Jahre 1867 entstand in Berlin außerdem unter der Patronanz von Griesinger und Westphal die medizinisch-psychologische Gesellschaft (heute Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten), die sich in dem „Archiv für Psychiatrie" ihr Organ schuf. Es kann erwähnt sein, daß man dieses Zusammenwirken der Psychiater damals oft mit scheelem Auge ansah und ihnen separatistische Gelüste zumutete. Die Neurologie stand zu jener Zeit noch der Psychiatrie recht ferne, und gar Vereine, die es sich mit klaren Worten zur Aufgabe stellten, auch daneben die Neurologie oder diese ganz allein zu pflegen, traten erst später hervor. Vielleicht gingen da die Vereinigten Staaten von Nordamerika (American Neurological Society 1875, der 1884 die Philadelphia Neurological Society folgte) voran. Allerdings hatte der Verein der deutschen Irrenärzte zu Berlin in § 1 seiner Statuten als seinen Zweck Förderung der Psychiatrie und deren Hilfsdisziplinen bezeichnet und es ist erwähnenswert, daß die erste Sitzung jenes Vereines fast vollständig durch zwei rein neurologische Vorträge ausgefüllt wurde. Doch engte er seinen Wirkungskreis immer mehr auf die Pflege der Psychiatrie ein. Nur ein halbes Jahr nach dem Berliner und dem rheinischen Vereine konstituierte sich nach längerer Vorbereitung unser Verein in Wien; seine Geschichte ist gleichsam auch die Geschichte der Psychiatrie und der Neurologie in Österreich seit jener Zeit.

Wenn bei unserem Vereine auch immer die wissenschaftliche Seite in erste Linie gerückt ward, so hat er, dessen erster Name Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie lautete, sich doch auch in allen einschlägigen Fragen, namentlich

[1]) Der von H. Hoffmann in Siegburg 1861 gegründete psychiatrische Verein hatte nur eine einjährige Dauer.



in solchen, welche die Irrenpflege, den psychiatrischen Unterricht, wie nicht weniger die entsprechenden legislatorischen und forensischen Agenden betreffen, eingehend betätigt. — Es waren dies die Prinzipien, die den Gründern des Vereines vorschwebten; diesen ist er auch treu geblieben, nur daß er seine Wirksamkeit später immer mehr auch auf die eben heranwachsende Neurologie ausdehnte und diese zeitweise mit besonderer Vorliebe pflegte.

Die Idee zur Gründung eines solchen Vereines war von Professor Max Leidesdorf, Dozenten Theodor Meynert (damals Prosektor an der Wiener Landesirrenanstalt) und Regierungsrat Dr. Josef Riedel (Direktor dieser Anstalt) ausgegangen. Michael v. Viszanik (geb. 1792), der neben Bruno Görgen (1777 bis 1842) zuerst in Österreich sich speziell der Psychiatrie widmete und von dem (V.) der Plan zum Neubau der Irrenanstalt am Bründlfeld (statt des Narrenturms) ausgearbeitet worden war, hatte bereits das hohe Alter von 76 Jahren erreicht, und dürfte auch, wohl aus begreiflichen Gründen, damals bei den Verhandlungen zur Bildung eines auf modernen Grundsätzen basierten Vereins nicht mit herangezogen worden sein; er starb, schon lange in Zurückgezogenheit lebend, 1873.

Am 25. Jänner 1868 versammelten sich über Einladung der erstgenannten etwa 20 Fachkollegen in der Landesirrenanstalt (Bründlfeld) behufs Konstituierung des Vereines. Zum Präsidenten wurde Regierungsrat Dr. Riedel gewählt, zum Vizepräsidenten Professor Dr. Leidesdorf, zum ersten Sekretär Primarius Dr. Maresch, zum zweiten Sekretär Primarius Dr. Mildner, zum Ökonomen Bezirksarzt Dr. Witlacil, zu Verwaltungsräten Professor Dr. Beer, Professor Dr. Dlauhy, Landgerichtsarzt Dr. M. Haller und Dr. H. Obersteiner (sen.).

Zu Ehrenmitgliedern des Vereines wurden in der ersten Hauptsitzung ernannt: Rokitansky, Skoda, Oppolzer, Jessen, Flemming, Roller, Zeller.

Hiezu kamen in der zweiten Jahresversammlung (1869) Morel, Maudsley, Hye, so daß der Verein damals zehn Ehrenmitglieder zählte, eine Zahl, die bisher nur selten und dann nur um ein geringes überschritten wurde.

Während unter den Ehrenmitgliedern sich ein Jurist (Hye) befindet, treffen wir in der Reihe der 15 korrespondierenden Mitglieder deren drei: Wahlberg, Glaser, J. Unger. Der letzt-



genannte hochbedeutende Politiker stand durch 45 Jahre, bis zu seinem im April 1913 erfolgten Ableben, auf der Liste unserer Mitglieder. Von sonstigen korrespondierenden Mitgliedern seien angeführt: Maschka, Griesinger, Solbrig, Lunier, Falret, Kjellberg, Robertson, Sneevogt, Castiglioni, Mongeri, Balinsky (ein Name ist nicht mehr festzustellen).

Es wurde beschlossen, die Redaktion der Wochenschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte um Aufnahme der Berichte über die Sitzungsprotokolle des Vereines anzugehen, welchem Ansuchen die Redaktion ihre Zustimmung gab; für die Veröffentlichung der im Vereine gehaltenen Vorträge wurde übrigens ohne Zwang die von Leidesdorf und Meynert vor kurzem gegründete „Vierteljahresschrift für Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Zentralnervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin" in Vorschlag gebracht. Leider erschienen von dieser Zeitschrift nur zwei Jahrgänge. Die Vereinssitzungen sollten am letzten Samstag eines jeden Monates stattfinden, für die Generalversammlung wurde die Sitzung im Mai bestimmt. Letztere Gepflogenheit wurde dauernd bisher festgehalten.

In der zweiten Sitzung am 29. Februar entwickelte Th. Meynert in ausführlicher Weise seine Anschauungen über die Notwendigkeit und Tragweite einer anatomischen Richtung in der Psychiatrie — ein volles Programm seiner jetzt eben voll einsetzenden, so bedeutungsvollen wissenschaftlichen Tätigkeit. Am 28. März beantragte Regierungsrat Riedel Schritte zu tun, um gleichmäßige Rapporte von den Landes- und Privatirrenanstalten zu erzielen, worauf Professor Beer über die Bedeutung und Wichtigkeit der Entwicklungsgeschichte der gerichtlichen Psychologie sprach. Der Verein ist also schon gleich in seinen ersten Sitzungen von den verschiedensten Seiten her an die große Aufgabe, die er sich gestellt, herangetreten.

Gelegentlich der ersten Generalversammlung am 28. Mai 1868 kamen die Vereinsmitglieder zum ersten Male im Saale des Vereines für Landeskunde (im Landhaus, Herrengasse) zusammen. Bei dieser Gelegenheit formulierte Leidesdorf in längerer Rede die Ziele und Zwecke des Vereines. „Es gäbe" — so führte er aus — „kaum eine medizinische Spezialität, die so viele Berührungspunkte mit anderen Wissenschaften darbietet, als die Psychiatrie; die Kraft des Einzelnen könne zur Bewältigung des so reichhaltigen Stoffes nicht



genügen. Schon aus diesem Grunde sei das Zustandekommen dieses Vereines lebhaft zu begrüßen. Durch ihn werde die Pflege der Psychiatrie vom wissenschaftlich-medizinischen Standpunkt gewinnen, die Irrenstatistik solle einer rationellen Bearbeitung unterzogen werden, die Frage der Irrenpflege werde in diesem Vereine mit Ernst und Ruhe diskutiert werden können. Er werde ferner die Aufgabe haben, ein zeitgemäßes Irrengesetz für Österreich auszuarbeiten und es der Regierung zur Annahme zu empfehlen; er werde die zivile wie die strafrechtliche Gesetzgebung in Einklang zu bringen trachten mit den positiven Ergebnissen und den unabweislichen Postulaten der forensischen Psychologie. Mit Rücksicht auf die einzurichtenden Schwurgerichte würde es sich empfehlen, zur Belehrung der Geschworenen für die populäre Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse vorzusorgen. Der Verein habe ferner mit allem Nachdruck zu befürworten, daß die Psychiatrie zu einem obligaten Lehrgegenstand erhoben und an den österreichischen Universitäten psychiatrische Kliniken errichtet werden. Gelingt es dem Vereine, diese Desideraten durchzuführen, dann wird sein Zustandekommen auch in ferner Zukunft als ein für Österreich glückliches Ereignis betrachtet werden können." — Namentlich die Angelegenheit wegen Errichtung einer psychiatrischen Klinik wurde energisch in die Hand genommen und in der Sitzung vom 31. Oktober 1868 stellte Riedel den Antrag, der Verein wolle an das Unterrichtsministerium das begründete Ansuchen stellen, in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt eine psychiatrische Klinik zu errichten. Das dazu gewählte Komitee (Beer, Leidesdorf, Meynert, Riedel, Schlager) legte in der nächsten Sitzung (28. November) den Entwurf einer Petition an das Unterrichtsministerium zur Diskussion vor, der mit 14 gegen 5 Stimmen angenommen wurde. In der Sitzung vom 30. Jänner 1869 konnte die mit der Überreichung der Petition betraute Deputation berichten, daß sie sowohl vom Unterrichtsminister Hasner als auch vom Sektionschef Glaser freundlich aufgenommen wurde, und daß diese die Anschauungen des Vereines über die Notwendigkeit einer solchen Klinik vollkommen teilen.

In derselben Sitzung beantragte Beer, der Verein wolle zur Ausarbeitung eines Irrengesetzes ein siebengliedriges Komitee wählen, einen diesbezüglichen Entwurf ausarbeiten und das Ergebnis der Beratungen dem Justizministerium behufs Vorlage an den Reichstag



überreichen; nebst den Normen, welche auf die Aufnahme, den Aufenthalt und die Entlassung Geisteskranker Bezug haben, käme der Irrengesetzgebung auch die Aufgabe zu, die Irrenanstalten zu überwachen, aber zugleich auch die Rechte und die Kompetenz der Vorsteher der öffentlichen und privaten Irrenanstalten festzustellen, die Irrenärzte gegen Willkür und Eingriffe von Beamten zu schützen und das Kuratelverfahren gesetzlich zu regeln.

Das Jahr **1870** war für den Verein von großer Bedeutung. Im Juli d. J. wurden die Vereinssitzungen in den Vortragssaal der k. k. Gesellschaft der Ärzte verlegt. Im November verlor der Verein seinen Vorsitzenden Regierungsrat Riedel. Als höchsterfreuliches Ergebnis der Vereinstätigkeit hingegen kann mit vollem Rechte die Errichtung einer psychiatrischen Klinik in der nieder-österreichischen Landesirrenanstalt bezeichnet werden, mit deren Leitung Meynert betraut wurde. Es ist dieser rasche Erfolg hauptsächlich der Unterstützung und dem Eingreifen des Ehrenmitgliedes Rokitansky zuzuschreiben, der damals als medizinischer Fachreferent im Unterrichtsministerium fungierte und bereits früh auf die Bedeutung Meynerts aufmerksam geworden war. — Andererseits muß mit Bedauern das Eingehen der früher erwähnten Vierteljahresschrift für Psychiatrie angeführt werden; in den beiden Bänden finden sich neben bahnbrechenden Arbeiten von Meynert auch solche von Wundt, E. Mach u. a.

Allerdings wurde noch in dem gleichen Jahre beschlossen, eine neue Zeitschrift herauszugeben, in welcher die Vorträge, Diskussionen und Verhandlungen des Vereines veröffentlicht, sowie auch Originalaufsätze und hauptsächlich Referate über die wichtigsten einschlägigen Erscheinungen aufgenommen werden sollten. Mit Beginn des Jahres **1871** erschien dann die erste Nummer der Monatsschrift: „Psychiatrisches Centralblatt, herausgegeben vom Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie unter der Redaktion von Beer, Leidesdorf und Meynert“ bei W. Braumüller in Wien.

Endlich waren im Jahre 1870 auch eingehende Beratungen über Änderungen an den ersten, gewissermaßen probeweise aufgestellten Statuten gepflogen worden und in der Sitzung vom 28. Jänner **1871** konnte der Vorsitzende mitteilen, daß diese Statuten von der Statthalterei genehmigt worden seien.



Statuten
des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie.

§ 1. Zweck des Vereines ist Förderung der Leistungen im Fache der Psychiatrie und forensischen Psychologie, Anbahnung eines geregelten Zusammenwirkens zur Hebung der Irrenpflege und eines freundschaftlichen kollegialen Verhältnisses der Fachgenossen, im Interesse des wissenschaftlichen Fortschrittes.

Der Sitz des Vereines ist in Wien.

§ 2. Als Mittel hiezu dienen:

Versammlung der Vereinsmitglieder.

Veröffentlichung der in der Versammlung gehaltenen fachwissenschaftlichen Vorträge, Gründung einer Bibliothek und wissenschaftlicher Sammlungen.

§ 3. Die Gesellschaft besteht aus ordentlichen, korrespondierenden und Ehrenmitgliedern.

§ 4. Als ordentliche Mitglieder wählt der Verein inländische Doktoren der Medizin, die durch bewährte Tätigkeit in dem Fache der Psychiatrie und ihrer Hilfswissenschaften sowie der forensischen Psychologie durch Austausch ihrer Kenntnisse und Erfahrungen die vom Vereine angestrebten Ziele zu fördern vermögen.

§ 5. Als korrespondierende Mitglieder werden in- und ausländische Ärzte und Gelehrte gewählt, welche durch ihre literarischen Arbeiten die Bestrebungen des Vereines wirksam unterstützen können.

§ 6. Durch anerkannte Leistungen im Gebiete der Wissenschaft hervorragende Zeitgenossen kann der Verein zu Ehrenmitgliedern erwählen.

§ 7. Der Verein konstituiert sich aus jenen Medizinädoktoren, welche bereits zum Beitritte eingeladen, die Bereitwilligkeit zum Eintritte in den Verein nach erfolgter Allerhöchster Genehmigung der Statuten schriftlich erklärt haben.

Die fernere Wahl der Vereinsmitglieder findet in der jeder beschlußfähigen Versammlung des Vereines über den motivierten Vorschlag eines ordentlichen Mitgliedes, der mindestens von fünf anderen ordentlichen Mitgliedern unterstützt werden muß, statt.

Zur Gültigkeit der Wahl ist Zweidrittelmajorität der Abstimmenden erforderlich.

Die bei der Wahl zu beobachtenden Formen sind in der Geschäftsordnung enthalten.

§ 8. Die erwählten Mitglieder erhalten ein von dem Präsidium des Vereines ausgefertigtes Diplom und werden in das Standesbuch des Vereines eingeschrieben. — Die Wahl von Ausländern zu korrespondierenden oder Ehrenmitgliedern ist der Genehmigung der k. k. Statthalterei zu unterziehen.

§ 9. Die Mitglieder des Vereines haben als solche das Recht, je nach Inhalt des ihnen zugekommenen Diploms den Titel eines ordentlichen, korrespondierenden oder Ehrenmitgliedes zu führen, an den wissenschaftlichen Sitzungen teilzunehmen, die Bibliothek, die wissenschaftlichen



Sammlungen unter Beobachtung der darüber bestehenden Regulative zu benützen.

Jedes ordentliche Mitglied erhält ein Exemplar der vom Verein herausgegebenen Druckschriften.

Den ordentlichen Mitgliedern steht außerdem das Recht zu, über Vereinsangelegenheiten vom Präsidium genügende Auskunft zu verlangen, Anträge zu stellen, Ärzte und Gelehrte als Mitglieder zur Aufnahme vorzuschlagen, einheimische und fremde Ärzte und Gelehrte in die Versammlungen einzuführen. Jedes ordentliche Mitglied wird an allen Rechten und Begünstigungen, welche dem Vereine zufließen, teilhaftig, insoweit solche auf den Einzelnen übergehen können.

§ 10. An den in dem Vereine vorkommenden Wahlen können nur die ordentlichen Mitglieder teilnehmen und nur diese sind als Funktionäre des Vereines wählbar.

§ 11. Jedes ordentliche Mitglied verpflichtet sich zur Leistung eines Jahresbeitrages, welcher in der Hauptversammlung alljährlich festgesetzt wird und mit dem Beginne des neuen Vereinsjahres an die Vereinskassa abzuführen ist.

§ 12. Jedes ordentliche Mitglied, welches dem Vereine nicht länger angehören will, hat seinen Austritt vor Ablauf des Vereinsjahres dem Präsidium schriftlich anzuzeigen und das Diplom zurückzustellen. Im Unterlassungsfalle hat es auch für das nächste Jahr seinen Verbindlichkeiten nachzukommen.

Die Verpflichtungen des Vereines erlöschen mit dem Ablaufe des Jahres, für welches das Mitglied seinen Jahresbeitrag entrichtet hat.

Mitglieder, welche länger als ein Jahr mit der Zahlung ihres Jahresbeitrages im Rückstande bleiben, werden, wenn sie drei Monate nach geschehener, durch Empfangsbestätigung dokumentierter Erinnerung des Ökonomen den ausständigen Betrag nicht erlegen, als ausgetreten betrachtet.

§ 13. Unbescholtenheit des Charakters ist eine Bedingung der Aufnahme in den Verein und des Verbleibens in demselben; aber auch außerdem kann ein Mitglied wegen den Vereinszwecken widerstrebender Handlungen ausgeschlossen werden, was jedoch nur durch Beschluß von zwei Dritteilen der ordentlichen Mitglieder erfolgen kann.

§ 14. Zur Vertretung des Vereines und Ordnung seiner Angelegenheiten besteht das Vereinspräsidium, welches aus einem Präsidenten, dessen Stellvertreter und zwei Sekretären gebildet wird.

Der Präsident oder dessen Stellvertreter haben den Verein gegenüber dritten Personen und gegenüber den Behörden zu vertreten, und unterzeichnet alle vom Vereine ausgehenden Schriftstücke.

§ 15. Zur Besorgung des Kassawesens und zur Oberaufsicht des Hausrates wird ein Ökonom gewählt, welchem im Verein mit dem zweiten Sekretär die Überwachung der Bibliothek und der wissenschaftlichen Sammlungen obliegt.

§ 16. Zur Besorgung der Vereinsangelegenheiten steht dem Präsidium ein Verwaltungsrat zur Seite, in welchem nebst den Mitgliedern des Prä-



sidiums der Ökonom und vier gewählte ordentliche Mitglieder des Vereines Sitz und Stimme haben.

§ 17. Die Wahl sämtlicher Funktionäre des Vereines geschieht in der Hauptversammlung. Für die Präsidentenwahl ist eine Stimmenmehrheit von zwei Dritteilen der anwesenden Mitglieder erforderlich, für alle übrigen Funktionäre genügt die absolute Stimmenmehrheit.

Die Wahl sämtlicher Funktionäre hat durch geheime Abstimmung zu geschehen; eine Wahl per Akklamation ist ungültig.

Die sämtlichen Funktionäre werden auf den Zeitraum eines Jahres gewählt, sie sind aber nach Ablauf dieser Zeit wieder wählbar.

Jede erledigte Stelle der Funktionäre ist in der nächsten beschlußfähigen Versammlung zu besetzen.

§ 18. Der Präsident des Vereines ist zugleich auch Vorstand des Verwaltungsrates. Im Verhinderungsfalle übernimmt der Präsidentenstellvertreter dessen Funktion.

Der Präsident leitet die Versammlungen, sorgt für die genaue Beobachtung der Statuten und der Geschäftsordnung und führt die Oberaufsicht über das Vermögen des Vereines.

§ 19. Der Verwaltungsrat hat die laufenden Verwaltungsgeschäfte zu verhandeln, auf die Förderung und Belebung einer regen wissenschaftlichen Tätigkeit im Schoße des Vereines hinzuwirken, die wünschenswerten wissenschaftlichen Behelfe, insoweit es die materiellen Mittel des Vereines gestatten, beizuschaffen, er hat zu bestimmen, welche wissenschaftliche Vorträge und Arbeiten der Mitglieder von Seiten des Vereines zu veröffentlichen sind und alljährlich in der Hauptversammlung ein Präliminare der Einnahmen und Ausgaben des Vereines zur Genehmigung vorzulegen.

Die Appellation gegen Beschlüsse des Verwaltungsrates an den Verein kann in einer administrativen Sitzung eingebracht werden, wenn die Appellation von sechs ordentlichen Mitgliedern unterstützt wird. Über jede im Laufe des Jahres vorkommende, den Betrag von fünfzig Gulden überschreitende und im Präliminare nicht angeführte Mehrauslage ist vom Präsidium früher an den Verein Bericht zu erstatten, welcher sodann beschließt, ob und in welchem Betrage die projektierte Auslage zu machen sei. Dem Verwaltungsrate steht das Recht zu, die aus dem Vereinsverhältnisse unmittelbar und ausschließlich erstehenden Streitigkeiten als Objekte der inneren Gesellschaftsdisziplin zu schlichten.

Zur Gültigkeit der Beschlüsse des Verwaltungsrates ist absolute Stimmenmehrheit erforderlich. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Präsidenten oder dessen Stellvertreters.

§ 20. Der Wirkungskreis der einzelnen Mitglieder des Präsidiums und des Verwaltungsrates, insoweit er nicht schon durch die statutarischen Bestimmungen abgegrenzt ist, wird in der Geschäftsordnung geregelt. Die Geschäftstätigkeit des Ökonomen und der Sekretäre ist an besondere Instruktionen gebunden.

§ 21. Der Verein versammelt sich zu wissenschaftlichen und administrativen Sitzungen:

Zu ersteren haben alle Ärzte und Gelehrte Zutritt, sobald sie von einem Vereinsmitgliede eingeführt werden, und können wissenschaftliche Vorträge halten, wenn sie sich deshalb beim Präsidenten gemeldet haben.

Die administrativen Sitzungen, in welchen nur die ökonomischen und inneren Vereinsangelegenheiten verhandelt werden, sind geschlossen und es dürfen an denselben nur die ordentlichen Mitglieder teilnehmen. Zur Lösung umfassender wissenschaftlicher Aufgaben werden Komitees gebildet, deren Verhandlungen je nach dem Beschlusse des Komitees in offenen oder geschlossenen Sitzungen geführt werden. Solche Komiteearbeiten werden in wissenschaftlichen Sitzungen des Vereines zur weiteren Beratung und Beschlußfassung vorgelegt.

§ 22. Die Folgenreihe der wissenschaftlichen Sitzungen wird von Jahr zu Jahr durch den Verwaltungsrat des Vereines festgestellt und den Vereinsmitgliedern am Beginne jedes Vereinsjahres bekanntgegeben. Die administrativen Sitzungen werden je nach dem Bedarf durch das Präsidium angeordnet. Eine solche Sitzung ist auch zu veranlassen, wenn 15 ordentliche Mitglieder deren Anordnung verlangen.

§ 23. Im Monate Mai eines jeden Jahres hält der Verein seine Hauptversammlung. In dieser wird der Jahresbericht über die Leistungen des Vereines, über die erledigten Geschäfte des Verwaltungsrates, über die Änderungen im Personalstande, allfällig sich ergebende außerordentliche Zuflüsse u. dgl. erstattet.

Die spezifizierte Jahresrechnung des Vereines ist acht Tage vor dem Stattfinden der Hauptversammlung den ordentlichen Mitgliedern ersichtlich zu machen, dieselbe ist mit der Unterschrift des Präsidenten, seines Stellvertreters und eines Mitgliedes des Verwaltungsrates zu versehen, und wird dann von drei in der Hauptversammlung zu Rechnungszensoren gewählten ordentlichen Mitgliedern geprüft, worauf die Versammlung die richtig befundene Jahresrechnung genehmigt.

§ 24. Die Formen, unter welchen alle Sitzungen abgehalten, die Wahlen der Funktionäre vorgenommen und die Angelegenheiten des Vereines besorgt werden, sind durch die Geschäftsordnung bestimmt.

Die Beschlußfassung geschieht durch absolute Stimmenmehrheit der abstimmenden ordentlichen Mitglieder. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Votum des Präsidenten.

Beschlußfähig ist eine Vereinsversammlung, wenn die Zahl der Anwesenden einem Dritteile der in Wien wohnenden Mitglieder entspricht; in wichtigen Fällen kann eine Abstimmung der ordentlichen Mitglieder durch Kurrende eingeleitet werden.

§ 25. Gelder, welche dem Vereine durch Geschenke oder Vermächtnisse ohne ausdrückliche Widmung zufließen, dürfen vom Vereine nur zur Förderung wissenschaftlicher Zwecke verwendet werden.

Über die Art der Verwendung hat der Verwaltungsrat in einer administrativen Sitzung die entsprechenden Anträge zu stellen.

Bestehen derlei Geschenke und Vermächtnisse in Gegenständen, die zur Vermehrung der Vereinssammlungen dienen, so sind sie letzteren

einzuverleiben. Geber und Gabe sind im Gedenkbuche des Vereines einzutragen.

§ 26. Das Vermögen des Vereines bleibt unteilbares Eigentum, worauf weder die austretenden noch die Erben der verstorbenen Mitglieder ein Recht haben.

Sollte sich der Verein auflösen oder von der Staatsbehörde aufgelöst werden, so hat derselbe in seiner letzten Versammlung zu beschließen, welchem wissenschaftlichen Zwecke das Vereinsvermögen zu widmen sei.

§ 27. Die im Vereine gehaltenen fachwissenschaftlichen Vorträge werden mit Zustimmung des Autors zur Veröffentlichung in extenso in dem Organe des Vereines übernommen, und es ist das Präsidium des Vereines verpflichtet, die Autoren abgehaltener Vorträge in kürzester Frist zu verständigen, ob von dem überlassenen Vortrage durch Veröffentlichung Gebrauch gemacht wird.

§ 28. Behufs der Art der Veröffentlichung der Sitzungsprotokolle und der wissenschaftlichen Vorträge behält sich der Verein die Beschlußfassung vor.

§ 29. Nichtmitgliedern des Vereines kann unter den in der Geschäftsordnung festgesetzten Bedingungen der Zutritt in die Vereinslokalitäten gestattet werden.

§ 30. Eine Änderung der Statuten kann nur in einer Hauptversammlung, bei der mindestens zwei Dritteile der ordentlichen Mitglieder anwesend sein müssen, durch Zustimmung von zwei Dritteilen der abstimmenden beschlossen werden.

Zur Ausführung der beschlossenen Statutenänderungen ist die behördliche Genehmigung einzuholen.

Die Auflassung des Vereines kann nur infolge der Zustimmung von drei Vierteilen sämtlicher ordentlicher Mitglieder und nach vorläufiger Anzeige bei der hohen Landesstelle erfolgen.

Nr. 35.194.

Der Bestand dieses Vereines nach Inhalt vorstehender geänderten Statuten wird im Sinne des § 9 des Gesetzes vom 15. November 1867 R.-G.-Bl. Nr. 134, bescheinigt.

Der k. k. Statthalter: Weber m. p.

In der nämlichen Sitzung (28. Jänner 1871) wurde an Stelle des verstorbenen Reg.-Rates Riedel dessen Nachfolger als Direktor der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien Dr. Karl Spurzheim zum Vereinspräsidenten gewählt.

In dem Antrage, den Prof. Leidesdorf am 30. März 1871 stellte, auch die nicht in Wien wohnhaften Fachgenossen zu den Versammlungen des Vereines einzuladen, um damit ein Zusammentreten aller österreichischen Irrenärzte zu veranlassen, darf man den Vorläufer des viele Jahre später eingerichteten österreichischen Irrenärztetages erblicken.



In der Maisitzung 1872 konnte der Präsident Spurzheim bezüglich des seinerzeit angeregten Entwurfes eines Irrengesetzes mitteilen, daß ein von Primarius Gauster und Professor Leidesdorf ausgearbeitetes Promemoria dem Reichsrate überreicht wurde, um auf die Dringlichkeit eines solchen Gesetzes aufmerksam zu machen. Im Laufe des Jahres 1872 wurde auch über Antrag Leidesdorfs der Verwaltungsrat beauftragt, sich mit dem Zentralkomitee des im Jahre 1873 in Wien stattfindenden internationalen medizinischen Kongresses wegen gleichzeitiger Einberufung eines Irrenärztekongresses ins Einvernehmen zu setzen und die hiezu notwendigen Anordnungen zu treffen.

Am 8. Oktober 1872 verlor der Verein seinen zweiten Präsidenten, Direktor Spurzheim. Man kann wohl die fünf Jahre seit Gründung des Vereines, in denen er unter dem Präsidium von Reg.-Rat Riedel und Direktor Spurzheim stand, bis zu dem Tode des letztgenannten, als erste Periode im Vereinsleben bezeichnen.

Der Verein hat gewissermaßen mit jugendlicher Kraft gleich von Beginn an die volle Bedeutung seiner Aufgaben erfaßt; er hat schon in den ersten Jahren seines Bestandes lebhafte Tätigkeit entwickelt und ist bereits damals aus dem engen Rahmen eines rein wissenschaftlichen Vereines herausgetreten, indem er mit Energie und Ausdauer jene Ziele verfolgte, die den Gründern des Vereines vorgeschwebt waren. Daß die Errichtung einer psychiatrischen Klinik gewiß zum nicht geringen Teile der Wirksamkeit des Vereines zuzuschreiben ist, wurde bereits erwähnt. Wenn aber dem dringenden Wunsche nach einem Irrengesetze nicht so rasch Rechnung getragen werden konnte, so erscheint uns dies begreiflich; denn gerade in diesen Fragen gehen die Meinungen so weit auseinander, sind die Wünsche und Anschauungen der Irrenärzte, der Juristen und des Laienpublikums häufig ganz verschiedene, ja sogar innerhalb des Kreises der psychiatrischen Fachautoritäten bestehen schwer zu überbrückende Differenzen.

Nachdem die Leitung des Vereins durch den Vizepräsidenten Leidesdorf interimistisch bis zur nächsten Hauptversammlung besorgt worden war, übernahm Meynert im Mai 1873 das Präsidium, um nun durch fast 20 Jahre den Verein zu leiten. Der Verein zählte damals 53 ordentliche Mitglieder, 26 korrespondierende und 7 Ehren-

mitglieder. Primarius Mor. Gauster hatte längere Zeit hindurch das Amt des Vizepräsidenten inne.

Über Antrag Gausters wurde in der Novembersitzung 1872 beschlossen, ein Promemoria an den Schriftstellerverein Concordia zu richten, mit der Bitte, daß Fälle von Geisteskrankheit mit Anführung von Namen und Familienverhältnissen in gewissen Fällen von der Tagespresse hintangehalten werden mögen.

Mit Rücksicht auf die früher erwähnte Anregung des Vereines wurde gelegentlich des internationalen medizinischen Kongresses in Wien (September 1873) in den Räumen der Weltausstellung eine gesonderte Beratung der Psychiater und Gerichtsärzte eingerichtet; es wurden dort in fünf Sitzungen folgende drei Fragen diskutiert: 1. Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutz? 2. Welche Methode könnte am besten eine natürliche Einteilung der Irrsinnsformen erzielen? 3. Empfiehlt sich eine der gegenwärtigen Methoden der Hirnwägung?

Bereits in diesem Jahre machten sich leider Differenzen, oft rein persönlicher Natur, zwischen hervorragenden Mitgliedern des Vereines bemerkbar, dessen Versammlungen auch nicht mehr jene rege Teilnahme aufwiesen wie früher; es waren in den Sitzungen selten mehr als zehn bis zwölf Mitglieder anwesend. Der Direktor der Wiener Landesirrenanstalt Professor L. Schlager trat aus dem Vereine aus. Selbstverständlich mußten diese Verhältnisse einer gedeihlichen Entwicklung des Vereines hinderlich sein. Dies zeigte sich auch darin, daß Schwierigkeiten bezüglich des Vereinsjournales auftauchten. Bei einer Abonnentenzahl von kaum 100 stellte sich ein erhebliches Defizit heraus, das der Verein zu tragen hatte. Gegen Ende **1875** legte dann Leidesdorf die Redaktion des Centralblattes, die ihm zuletzt ganz allein überlassen worden war, nieder.

Gauster und Meynert, die nun die Redaktion übernahmen, entwarfen ein ausführliches Programm, aus dem nur folgendes mitgeteilt sei: Es ist Pflicht des Organes des heimatlichen Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie, selbständig und unmittelbar die wissenschaftliche Arbeit auf diesem Gebiete zu fördern, in eingehender Weise die Bedürfnisse der Irrenpflege, der öffentlichen Irrenfürsorge und der Irrengesetzgebung in rechtlicher und administrativer Hinsicht zu vertreten, die tatsächlichen Verhältnisse in Österreich-Ungarn klarzustellen, zu kritisieren, die Beseitigung oder

Besserung derselben, soweit notwendig und möglich, anzustreben. Aus diesem Programm, dessen Punkte im Detail angeführt werden, geht hervor, daß sowohl für die Irrenärzte als auch für jene Fachpersonen, die mit der Lösung forensisch-psychologischer Fragen, sowie mit der Besorgung administrativer Angelegenheiten des Irrenwesens betraut sind, also Gerichtsärzte, Sanitätsbeamte, sowie praktische Ärzte überhaupt, dieses Blatt Interessantes zu bieten bestrebt sein wird.

Auffallen mag, daß in diesem Programm, trotzdem dieses auch von Meynert ausgearbeitet war, der Bedeutung der anatomischen Forschung, die er doch in der zweiten Sitzung des Vereines (29. Februar 1868) so entschieden hervorgehoben und auch weiterhin immer so hochgehalten hatte, in keiner Weise Rechnung getragen erscheint; auch die Nervenkrankheiten finden noch keine Erwähnung. Das Centralblatt sollte zu einem Zentralorgan für die oben angeführten Angelegenheiten in Österreich umgestaltet werden. Allerdings war die Verwirklichung dieses Programmes nicht so leicht und eine wesentliche Änderung des Vereinsorganes, das von 1879 an den Titel „Jahrbücher für Psychiatrie" führte, machte sich eigentlich nur durch den Ausfall der früher zahlreicheren Referate bemerkbar; sein jährlicher Umfang schwankte um zehn Bogen und fing erst mit Beginn der Neunzigerjahre an merklich zu wachsen. Laut Beschluß des Verwaltungsrates sollte das Blatt den „P. T. Herren Ehren- und ordentlichen Mitgliedern" ohne Kosten zugesendet werden.

Wenn auch nur indirekt unseren Verein angehend, mag hier doch die Tatsache Erwähnung finden, daß vom August 1875 an eine zweite psychiatrische Klinik in Wien errichtet wurde (die etwa 30 Jahre lang bestand). Reg.-Rat Prof. Meynert übernahm am 1. August 1875 die psychiatrische Abteilung im Allgemeinen Krankenhause, die seit 1872 von Prof. Schlager geleitet worden war, als psychiatrische Klinik, während Prof. Leidesdorf die neue Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt zugewiesen wurde. An allen anderen österreichischen medizinischen Fakultäten wurden dann später psychiatrische Kliniken eingerichtet.

Im Jahre 1876 wurde ein den Ministern des Innern und der Justiz vorzulegendes Memorandum durch ein Komitee verfaßt und vom San.-Rat Gauster im Vereine vorgetragen, das sich mit der Regelung der Irrenzählung befaßt.

Charakteristisch ist, daß ebenfalls in diesem Jahre der Verein bereits zu dem neuen, dem Reichsrate vorliegenden Strafgesetzentwurf Stellung nahm und ein diesbezügliches Referat des San.-Rates Gauster zur Grundlage einer Diskussion machte. — Dieser Entwurf ist damals nicht zum Gesetze erhoben worden und erst nach 35 Jahren wurden gemeinsam mit der österreichischen kriminalistischen Vereinigung durch den Verein abermals die einschlägigen Paragraphen eines ganz neuen Strafgesetzentwurfes eingehendst durchberaten (in den Jahren 1910 bis 1912).

Im Frühjahr **1878** sah sich einer der Begründer des Vereines, Prof. Leidesdorf, veranlaßt, nebst seinen beiden Assistenten seinen Austritt aus dem Verein anzumelden — es geschah dies leider lediglich aus persönlichen Gründen.

Am 25. Juli 1878 verlor die Wissenschaft Karl v. Rokitansky, auf dessen Sarg der Verein einen Lorbeerkranz mit der Inschrift „Die Seelenheilkunde dem Beseeler der Heilkunde" niederlegte.

An einem österreichischen Irrenärztetag, der zur Feier des 25jährigen Jubiläums der Wiener Landesirrenanstalt für den 25. bis 27. Juli 1878 einberufen worden war, beteiligten sich zahlreiche Mitglieder unseres Vereines.

Im August 1878 wurde ein von Meynert verfaßtes Memorandum des Vereines, die Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand bei den medizinischen Rigorosen betreffend, dem Ministerium für Kultus und Unterricht unterbreitet. Der damalige Unterrichtsminister Dr. v. Stremayr gab dem Vereinspräsidium den ermutigendsten Bescheid und sprach seine eigene Überzeugung von der Notwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse für alle Ärzte aus.

In der ersten Nummer der „Jahrbücher für Psychiatrie" (die an die Stelle des früheren psychiatrischen Centralblattes getreten waren), **1879**, wiederholen die Redakteure Meynert und Gauster im wesentlichen das Programm, das in der Nummer vom November 1875 des „Centralblattes" publiziert worden war.

Allerdings wird hier die eingehende Förderung anatomischer Kenntnis des Gehirns wenigstens gestreift, während der Nervenkrankheiten gar nicht gedacht wird. Wenn es sich hiebei zunächst auch nur um die Wege handelt, welche die Zeitschrift wandeln soll, so sollte damit auch eine Richtschnur für die Tätigkeit des Vereines gegeben sein.

Die Sitzungen des Vereines wurden vom November 1879 an-

gefangen mit wenigen Ausnahmen im Hörsaale der psychiatrischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses (bis anfangs 1911) abgehalten, was namentlich für die Demonstration klinischer Krankheitsfälle von großem Vorteile war. Nur ausnahmsweise, z. B. wenn gewisse, im psychiatrischen Hörsaale zur Zeit nicht vorhandene Behelfe (wie etwa Projektionsapparate) notwendig waren, wurden die Versammlungen verlegt, z. B. in den Hörsaal für allgemeine Pathologie, in den der Augenklinik oder aber der Verein folgte einer Einladung des Direktors der Wiener n.-ö. Irrenanstalt und tagte in deren Räumen.

Bereits im Jahre **1880** schied San.-Rat Gauster aus der Redaktion der Jahrbücher aus, und zwar durch das bisher unregelmäßige Erscheinen der Jahrbücher dazu bewogen; dies sei durch Meynert veranlaßt, welcher jetzt zu sehr anderweitig beschäftigt sei. — Dafür trat später **1882** Joh. Fritsch in die Redaktion ein, in welcher er bis zu seinem Ableben (1911) eine führende Rolle spielte.

Der Verein, der damals 61 Mitglieder zählte, führte in den folgenden Jahren im allgemeinen ein stilles, man darf ruhig sagen, ziemlich unfruchtbares Dasein; auch damals noch besuchten meist nur zehn bis zwölf Mitglieder die Versammlungen, die Protokolle sind zeitweise recht mangelhaft und wissen nur wenig zu erzählen.

Eigentlich nicht ganz in den Rahmen der Vereinstätigkeit fällt die über Veranlassung der Herren Benedikt, Leidesdorf, Meynert und Gauster einberufene Versammlung österreichisch-ungarischer Psychiater mit etwa 50 Teilnehmern, um eine Basis für eine internationale Irrenstatistik zu schaffen. Diese fand am 26. Dezember **1885** in der Wiener Landesirrenanstalt statt.

Bedeutungsvoll ist eine wesentliche Änderung der Vereinsstatuten, die im gleichen Jahre ihre Sanktion erhielt.

Statuten

des Vereines für Psychiatrie und forensische Psychologie.
(Nach einem in der Sitzung vom 4. März 1885 vorgelegten neuen Entwurf.)

§ 1. Zweck des Vereines ist Förderung der Psychiatrie und forensischen Psychologie insbesondere und der Neuropathologie überhaupt, dann des Irrenwesens, der öffentlichen und privaten Irrenpflege, endlich Vermittlung eines kollegialen Zusammenwirkens der Fachgenossen im Interesse wissenschaftlichen Fortschrittes und der Vereinszwecke im allgemeinen. Der Sitz des Vereines ist Wien.

§ 2. Mittel zur Erreichung des Vereinszweckes sind:

a) Regelmäßige Versammlungen der Vereinsmitglieder in Wien und periodische Abhaltung von österreichischen Irrenärztetagen in Wien oder in einem anderen Orte, in dem oder in dessen Nähe sich eine größere Irrenanstalt oder psychiatrische Kliniken befinden.

b) Veröffentlichung der Vereinsverhandlungen, und womöglich Herausgabe eines Fachblattes.

c) Nach Tunlichkeit Gründung einer Bibliothek und fachwissenschaftlicher Sammlungen.

§ 3. Die Gesellschaft besteht aus ordentlichen, korrespondierenden und Ehrenmitgliedern.

§ 4. a) Als ordentliche Mitglieder wählt der Verein Doktoren der Medizin, die an der Förderung der Vereinszwecke sich zu beteiligen bereit sind.

b) Als korrespondierende Mitglieder werden in- und ausländische Ärzte und Gelehrte gewählt, welche durch ihre literarischen Arbeiten die Bestrebungen des Vereins zu unterstützen geneigt sind.

c) Als Ehrenmitglieder kann der Verein durch anerkannte hervorragende Leistung auf dem Gebiete der Fachwissenschaft oder des Irrenwesens bewährte Männer erwählen.

§ 5. Die Wahl der ordentlichen Mitglieder wird über Vorschlag von fünf ordentlichen Mitgliedern vom Geschäftsausschuß mit Zweidrittel-Majorität vollzogen.

Korrespondierende und Ehrenmitglieder können nur in der Jahresversammlung über Vorschlag des Geschäftsausschusses mit Zweidrittel-Majorität der anwesenden Stimmberechtigten gewählt werden.

§ 6. Die Mitglieder haben das Recht, an allen Vereinsversammlungen teilzunehmen, sich an den Verhandlungen zu beteiligen, Vorträge zu halten und Anspruch auf die vom Vereine veröffentlichten Druckschriften und auf Benützung der Vereinsbibliothek.

Die ordentlichen Mitglieder haben allein das aktive und passive Wahlrecht zu Vereinsfunktionären, und das Recht, sich an den Abstimmungen zu beteiligen, Anträge einzubringen, das Präsidium oder den Geschäftsausschuß zu interpellieren, Vorschläge zur Wahl von ordentlichen, korrespondierenden und Ehrenmitgliedern zu stellen, Gäste in die Versammlung einzuführen, welche sie dem Vorsitzenden derselben vorher vorzustellen verpflichtet sind.

§ 7. Die Mitglieder sind verpflichtet zur rechtzeitigen Erstattung der Jahresbeiträge und zur tunlichsten Mitwirkung der Förderung der Vereinszwecke.

§ 8. Jedem Mitgliede steht der Austritt aus dem Vereine nach vorheriger Anzeige an das Vereinspräsidium frei, doch hat es für das laufende Jahr den Jahresbeitrag zu bezahlen.

Als ausgetreten sind auch jene Mitglieder zu betrachten, welche durch sechs Monate mit dem Jahresbeitrage trotz vorausgegangener Erinnerung durch den Vereinsökonomen im Rückstande bleiben.

§ 9. Der Ausschluß eines Mitgliedes aus dem Vereine kann wegen fortgesetzter, absichtlich den Vereinszwecken widerstrebender Tätigkeit



über einstimmigen Antrag des Geschäftsausschusses und unter Zustimmung von zwei Drittel der ordentlichen Mitglieder erfolgen.

§ 10. Der Verein wird geleitet:
a) durch den Geschäftsausschuß,
b) durch die Vereinsversammlungen.

§ 11. Der Geschäftsausschuß besteht aus:
a) dem Vorsitzenden,
b) seinem Stellvertreter,
c) dem Vereinsökonomen,
d) zwei Schriftführern,
e) einem Bibliothekar,
f) vier weiteren Mitgliedern.

§ 12. Sämtliche Mitglieder des Geschäftsausschusses werden in jeder Jahresversammlung in abgesonderten Wahlgängen durch absolute Majorität der anwesenden Mitglieder in geheimer Wahl gewählt.

§ 13. Der Vorsitzende oder in dessen Verhinderung sein Stellvertreter vertritt den Verein nach außen und gegenüber den Behörden, führt die Oberaufsicht über den Verein, ruft die Versammlungen des Geschäftsausschusses oder des Vereines ein, leitet ihre Verhandlungen und unterfertigt alle Schriftstücke des Vereines.

Der Ökonom führt das Kassenwesen, besorgt die Einhebung der Mitgliederbeiträge und hält behufs Einstellung der Zusendung von Vereinsdruckschriften Präsidium und Geschäftsausschuß in Evidenz über die zahlungssäumigen Mitglieder und überwacht das Inventar des Vereines. Er legt die Jahresrechnung und den Entwurf des Präliminares für das nächste Jahr rechtzeitig dem Geschäftsausschusse vor.

Die Schriftführer teilen sich nach den Beschlüssen des Geschäftsausschusses und der Geschäftsordnung in alle Schreibarbeiten des Vereines unter Anweisung des Vorsitzenden, beziehungsweise seines Stellvertreters.

Der erste Schriftführer, und in seiner Verhinderung der zweite, hat dem Geschäftsausschusse rechtzeitig den Jahresbericht über die Vereinstätigkeit vorzulegen.

§ 14. Der Geschäftsausschuß versammelt sich nach Bedarf über Einberufung des Vorsitzenden, welche über Verlangen von drei Mitgliedern desselben oder von zehn ordentlichen Vereinsmitgliedern überhaupt geschehen muß.

Er bestimmt im allgemeinen die Zahl und Tagesordnung der Versammlungen, hat alle im Vereine an das Präsidium oder in seiner Mitte gestellten selbständigen Anträge, sowie das Jahrespräliminare für die Vereinsverhandlung vorzuberaten, das Recht initiativer Anträge an letztere, die Führung der administrativen Geschäfte und der Geldgebarung regelmäßig zu kontrollieren, und ebenso sich zeitweilig zu überzeugen, ob das Vereinsinventar in Ordnung ist. Er hat innerhalb des von der Jahresversammlung genehmigten Präliminars die Geldausgaben zu bewilligen und die Geschäftsordnung festzusetzen, sowie über alle das Vereinsjournal grundsätzlich regelnden Bestimmungen und dasselbe betreffenden Verträge



zu beschließen, und überhaupt alles, was den Verein fördern oder schädigen kann, genau im Auge zu behalten.

Der Geschäftsausschuß ist bei Anwesenheit von vier Mitgliedern beschlußfähig und beschließt mit absoluter Majorität.

§ 15. Die Versammlungen bestehen:

a) aus der Jahresversammlung im Mai jeden Jahres behufs Erneuerung des Geschäftsausschusses, Rechnungsrevision und Genehmigung des Präliminares, sowie zur Verhandlung administrativer Gegenstände;

b) aus wissenschaftlichen Versammlungen, in denen jedoch nach Bedarf dringende administrative Angelegenheiten unter entsprechender Vorsicht, daß nur ordentliche Vereinsmitglieder mitstimmen, verhandelt werden können.

c) Periodisch wird ein Irrenärztetag in oder außer Wien abgehalten, an dem nur fachwissenschaftliche Vorträge oder Verhandlungen über Gegenstände des Irrenwesens, jedoch keine internen Vereinsangelegenheiten verhandelt werden dürfen, und zu dem alle Fachgenossen Österreichs und sich für das Irrenwesen speziell interessierende Personen Österreichs einzuladen sind. Nichtmitglieder können zu wissenschaftlichen Versammlungen oder zu Irrenärztetagen geladen oder als Gäste von Mitgliedern eingeführt werden, das erstere, wenn sie Fachgenossen oder Nichtärzte sind, die berufsmäßig sich mit die Psychiatrie und das Irrenwesen berührenden Fragen beschäftigen, oder eine bewährte Tätigkeit im Irrenwesen an den Tag gelegt haben.

An den Irrenärztetagen sind allgemeinere Fragen wissenschaftlicher oder administrativer Natur in Beziehung auf Psychiatrie, forensische Psychologie, Irrenwesen und Irrengesetzgebung auf die Tagesordnung zu setzen.

§ 16. Über streng wissenschaftliche Fragen kann nicht abgestimmt werden.

Eine Vereinsversammlung ist beschlußfähig, wenn die Zahl der anwesenden Mitglieder einem Dritteile der in Wien wohnenden Mitglieder entspricht. Kann durch Nichtanwesenheit der vorgeschriebenen Anzahl von Mitgliedern über einen Beratungsgegenstand ein Beschluß nicht stattfinden, hat der Vorsitzende binnen längstens vier Wochen eine zweite Versammlung zur Beratung dieses Gegenstandes einzuberufen, die bei jeder Zahl von anwesenden Mitgliedern beschlußfähig ist.

Eine Vereinsversammlung beschließt mit Ausnahme der im Statute bezeichneten Fälle mit absoluter Majorität.

Die Jahres- und die gewöhnlichen Versammlungen haben das Recht:

a) der Statutenänderung (§ 17);

b) der Genehmigung der Jahresrechnung nach Antrag zweier in der der Jahresversammlung vorausgehenden Versammlung gewählten Rechnungsrevisoren;

c) der Genehmigung des Präliminares mit dem jährlichen Mitgliederbeitrage;

d) Beschlußfassung über alle aus Initiative der Mitglieder hervor-

2*



gegangenen selbständigen Anträge nach Vorberatung derselben durch den Geschäftsausschuß und über alle Anträge des letzteren;

e) allgemeine Kontrolle über die Geschäftsführung des Geschäftsausschusses;

f) Beschlußfassung über Ausschluß eines Mitgliedes;

g) Beschlußfassung über die Auflösung des Vereines (§ 18).

§ 17. Eine Änderung der Statuten kann nur in einer Jahresversammlung durch eine Zweidrittel-Majorität der Anwesenden beschlossen werden.

§ 18. Eine Auflösung des Vereines kann nur in einer Jahresversammlung, in der zwei Drittel aller ordentlichen Vereinsmitglieder anwesend sind und drei Viertel der Anwesenden dafür stimmen, beschlossen werden, wenn der Geschäftsausschuß mit Zweidrittel-Majorität dieselbe initiativ oder über von mindestens ein Viertel der ordentlichen Mitglieder gestellten Antrag beantragt. Die Versammlung beschließt dann über Antrag des Geschäftsausschusses, zu welchem wissenschaftlichen Zwecke das Vereinseigentum nach Tilgung aller Verbindlichkeiten des Vereines gewidmet werden soll.

§ 19. Streitigkeiten aus den Vereinsverhältnissen zwischen Mitgliedern entscheidet der Geschäftsausschuß, zwischen diesem und anderen Mitgliedern inappellabel ein Schiedsgericht, zu dem jeder der streitenden Teile zwei Mitglieder und diese einen Obmann wählen.

Hier erscheint in § 1 bereits als Zweck des Vereines auch die Förderung der Neuropathologie. Bei den so erfreulichen und weitgehenden Fortschritten, die diese Disziplin gerade im achten und neunten Dezennium des vorigen Jahrhunderts zu verzeichnen hatte, bei dem immer wachsenden Interesse, das man ihr von Seiten der Theoretiker wie der Praktiker entgegenbrachte, konnte es nicht ausbleiben, daß neben rein psychiatrischen Themen auch neuropathologische Fragen im Vereine besprochen und verhandelt, sowie einschlägige Demonstrationen abgehalten wurden. Diesem Umstande trägt also der neue § 1 Rechnung.

Die periodische Abhaltung von österreichischen Irrenärztetagen wurde nun auch in den Statuten vorgesehen und tatsächlich in gewissen Intervallen durchgeführt. Hingegen erschienen einige, recht sonderbar klingende veraltete Bestimmungen ausgemerzt, so z. B. daß nur inländische Ärzte als ordentliche Mitglieder aufgenommen werden dürfen, die Kontrolle und Genehmigung der korrespondierenden und Ehrenmitglieder durch die Statthalterei, die ausdrückliche Bedingung der Unbescholtenheit des Charakters als Aufnahmsbedingung.

Vom siebenten Bande, der die Jahreszahl **1887** trägt, wird die Redaktion der Jahrbücher einem Komitee, bestehend aus San.-Rat Gauster und den Professoren v. Krafft-Ebing (Graz), Leidesdorf (der 1882 wieder in den Verein eingetreten war), Meynert und Pick (Prag), übertragen, während Prof. J. Fritsch ständig als verantwortlicher Redakteur die eigentlichen Redaktionsgeschäfte führt. —

Am 9. Oktober **1889** verlor der Verein durch das Ableben Leidesdorfs wieder einen seiner Begründer, der namentlich in den ersten Jahren sehr viel zu dessen Hebung beigetragen und ihm immer warmes Interesse entgegengebracht hatte. Seine Klinik übernahm Professor Frhr. v. Krafft-Ebing, welcher bald lebhaftesten Anteil an den Verhandlungen unseres Vereines bekundete.

Am 5. und 6. Oktober **1891** hielt der Verein eine statutenmäßige Wanderversammlung in Graz ab, die ein festeres und fruchtbareres Zusammenschließen aller beteiligten Kreise fördern und die Tendenzen der vorhergegangenen beiden Irrenärztetage Österreichs 1878 und 1882 fortsetzen sollte. Zu der von 52 Mitgliedern besuchten Versammlung waren nicht bloß die Mitglieder des Vereines, sondern auch die andern psychiatrischen und neurologischen Fachkollegen, sowie alle Ärzte, welche sich für diese Fächer interessieren, geladen. Unter anderem wurde auch der Antrag gestellt, nach welchem die Wanderversammlung an das Abgeordnetenhaus die dringende Bitte stellt, baldigst in die Beratung einer zeitgemäßen Irrengesetzgebung einzugehen — ein Antrag, der übrigens damals durchaus nicht ohne Widerspruch blieb und schließlich auch nicht angenommen wurde, namentlich nachdem v. Krafft-Ebing gewichtige Bedenken dagegen vorgebracht hatte. Hingegen wurde ein Antrag des Reg.-Rates Gauster, die Gemeindeversorgung armer Geistessiecher betreffend, sowie ein Antrag Dir. Svetlins wegen möglichster Wahrung der Diskretion bei amtlichen Zuschriften in Kuratelsangelegenheiten angenommen. Die Wanderversammlung, bei welcher Prof. v. Wagner-Jauregg und Direktor Schlangenhausen gewissermaßen als Hausherren figurierten und die mit einer Besichtigung der steirischen Landesirrenanstalt Feldhof schloß, hatte einen vollauf befriedigenden Verlauf.

Am 31. Mai **1892** starb Hofrat Th. Meynert, kaum 60 Jahre alt, nachdem er durch 20 Jahre als Präsident den Verein geleitet hatte. Sein geniales Wesen, seine starke Individualität machen es



begreiflich, daß er von Anfang an eine führende Rolle im Verein innehatte. Er nahm lebhaftesten Anteil an dessen Gedeihen; in seinen Sitzungen fehlte er fast nie und beteiligte sich an den Verhandlungen durch zahlreiche Vorträge und Eingreifen in die Diskussionen, die er in seiner anregenden Weise zu beleben verstand; für die Zeitschrift des Vereines brachte er ansehnliche materielle Opfer. In dankbarer Erinnerung beschloß der Verein, das Bild Meynerts im Hörsaale der psychiatrischen Klinik anbringen zu lassen.

Als Nachfolger im Präsidium des Vereines wurde Professor v. Krafft-Ebing gewählt; Reg.-Rat Gauster blieb Vizepräsident. Den Lehrstuhl Meynerts übernahm Professor Jul. Wagner v. Jauregg, der bis dahin die psychiatrische Klinik in Graz innehatte. Man darf von der Übernahme des Präsidiums durch Krafft-Ebing, womit namentlich im internen Leben des Vereines eine wesentliche Umwandlung verbunden war, den Beginn einer neuen, der dritten, Periode der Vereinstätigkeit rechnen.

Obwohl die praktische Psychiatrie und ganz besonders auch die forensische Psychologie die Gebiete waren, auf denen sich der neue Präsident mit Vorliebe und besonderem Erfolge betätigt hatte, so sah er doch die Notwendigkeit ein, der Neurologie einen größeren Spielraum im Vereine zu gewähren, vor allem schon deswegen, weil zu erwarten stand, daß damit auch weitere ärztliche Kreise, so z. B. die Internisten, Okulisten, Otiater u. a., für die Vereinstätigkeit interessiert würden. Im Jahre 1893 wurden im Vereine die betreffenden Verhandlungen gepflogen, nachdem in der Jahressitzung vom 9. Mai 1893 der Antrag Krafft-Ebings, der Verein erklärt sich als Verein für Psychiatrie und Neurologie, einstimmig angenommen worden war. Auch die Jahrbücher, die bereits merklich anzuwachsen beginnen, änderten demgemäß vom 13. Bande (1894/95) an ihren Titel in „Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie". An den Statuten wurden die entsprechenden Änderungen vorgenommen und mit Erlaß der n.-ö. Statthalterei vom 9. Jänner 1894 bestätigt. Es wurde darin der theoretischen und praktischen Neurologie eine größere Bedeutung zugewiesen; aus den früheren Irrenärztetagen wurden Wanderversammlungen, an denen nur fachwissenschaftliche Vorträge oder Verhandlungen über Gegenstände der Psychiatrie und Neurologie Platz zu greifen hätten.



Demgemäß lautete § 1 nunmehr:

Zweck des Vereines ist Förderung der Leistungen im Gesamtgebiete der theoretischen, praktischen und forensischen Psychiatrie und der Neurologie, Anbahnung eines geregelten Zusammenwirkens zur Hebung der Irrenpflege und eines freundschaftlichen, kollegialen Verhältnisses der Fachgenossen im Interesse wissenschaftlichen Fortschrittes und der Vereinszwecke im allgemeinen.

Der Sitz des Vereines ist Wien.

Im übrigen — mit Ausnahme des Passus über Wanderversammlungen — blieben die Statuten vom Jahre 1885 (vgl. pag. 16) aufrecht.

Gleichzeitig wurde auch die Geschäftsordnung geregelt und neu festgestellt.

Geschäftsordnung
des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

§ 1. Der Verwaltungsrat regelt im Sinne der Statuten und der Geschäftsordnung seinen Geschäftsgang selbst und entwirft die Instruktionen für die Sekretäre und den Ökonomen, welche dem Verein zur Genehmigung vorgelegt werden.

§ 2. Der Verwaltungsrat ist beschlußfähig, wenn nebst einem der Präsidenten wenigstens vier Mitglieder anwesend sind.

§ 3. Die wissenschaftlichen Sitzungen des Vereines finden am zweiten Dienstag jedes Monats statt und es wird ihre Reihenfolge von Jahr zu Jahr vom Verwaltungsrate festgesetzt und in einer gedruckten Übersicht den Mitgliedern bekanntgemacht.

§ 4. Der Verwaltungsrat überwacht im allgemeinen die Beischaffung des wissenschaftlichen Materiales. Die Tagesordnung jeder Sitzung wird von dem Vorsitzenden und den Schriftführern festgesetzt, welche letztere die mündliche oder schriftliche Anmeldung der Vorträge entgegennehmen.

§ 5. Das Programm jeder Sitzung ist rechtzeitig kundzumachen und an der bestimmten Tagesordnung in der Regel festzuhalten. Jedoch steht dem Vorsitzenden das Recht zu, im Einvernehmen mit den im Programme vorgemerkten Rednern und mit der Versammlung aus rücksichtswerten Gründen von dem Programme abzugehen und demselben Vorträge und Demonstrationen einzuschalten.

§ 6. Jeder Vortragende ist gehalten, mit tunlichster Beschleunigung dem Schriftführer einen Auszug seines Vortrages für das abzufassende Protokoll einzuhändigen; dieses wird sofort der Redaktion der Vereinszeitung zur möglichst baldigen Veröffentlichung mitgeteilt und sodann im Vereinsarchiv hinterlegt.

§ 7. Am Schlusse eines jeden Vortrages stellt der Vorsitzende die Frage, ob jemand an den Gegenstand Bemerkungen zu knüpfen wünsche.



Eine sich entspinnende Debatte leitet der Vorsitzende nach allgemeinem parlamentarischen Brauche. Er erteilt demnach das Wort in der Reihenfolge, in der es verlangt wird, weist ordnungswidrige Unterbrechungen, sowie Abschweifungen vom Gegenstande zurück, und es steht ihm das Recht des Ordnungsrufes, der Entziehung des Wortes und endlich der zeitweiligen Unterbrechung der Sitzung zu.

Der Schluß der Debatte, sowie der Schluß der Sitzung, insoferne die Tagesordnung noch nicht erschöpft ist, kann nur durch den Beschluß der Versammlung ausgesprochen werden.

§ 8. Damit in einer administrativen Sitzung ein Antrag zur Verhandlung komme, muß derselbe beim Vereinspräsidium schriftlich eingebracht und von wenigstens fünf Mitgliedern unterstützt werden.

Über die Dringlichkeit entscheidet die Versammlung.

§ 9. Die Art und Weise der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende, jedoch ist bei allen Beschlüssen, welche auf Personen Bezug haben, die geheime Abstimmung durch Stimmzettel oder Kugelung allein gestattet.

§ 10. Die statutenmäßigen Wahlen können in jeder beschlußfähigen Sitzung vorgenommen werden.

§ 11. Der nach § 7 der Statuten von wenigstens fünf Mitgliedern einzubringende Vorschlag zur Wahl eines ordentlichen, korrespondierenden oder Ehrenmitgliedes ist schriftlich motiviert dem Verwaltungsrate zu übergeben. Der Verwaltungsrat prüft diese Eingaben in bezug auf die in den §§ 4, 5, 6, 13 der Statuten festgesetzten Bedingungen und macht demnach einen Vorschlag. Die Wahl selbst geschieht in der Hauptversammlung des Monats.

§ 12. Bei jeder Wahl werden zwei Skrutatoren gewählt, welche mit zwei vom Verwaltungsrate hiezu abgeordneten Verwaltungsräten den Wahlausschuß für die vorzunehmenden Wahlen bilden.

§ 13. Die Wahlen neuer Mitglieder und der Funktionäre finden in der Weise statt, daß die Abgabe der Stimmen zur Vermeidung einer Störung der Sitzung bei dem Wahlausschusse schon vor Beginn und während der Sitzung selbst geschieht.

Jeder Abstimmende wird vom Wahlausschusse in die Stimmliste eingetragen und legt seine Wahlzettel in die betreffenden Urnen. Mit Beginn des letzten auf der Tagesordnung stehenden Vortrages beginnt das Skrutinium, so daß zum Schlusse der Sitzung der Wahlausschuß das Ergebnis der Wahlen auf Grundlage des über den Wahlakt und die Stimmenzählung aufgenommenen Protokolles dem Präsidium übergeben und dieses das Wahlergebnis dem Verein kundgeben kann.

§ 14. Die Stimmzettel sind, um bei etwaigen Reklamationen als Belege zu dienen, von dem Wahlausschusse wieder in die betreffenden Urnen zu legen und diese versiegelt dem Präsidium zu übergeben.

Reklamationen müssen binnen der nächsten 14 Tage eingebracht werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Urnen vom Präsidium eröffnet und die Wahlzettel vernichtet.



§ 15. Wird bei der Wahl von Funktionären die statutenmäßige absolute Stimmenmehrheit nicht erzielt, so findet eine engere Wahl aus jenen statt, welche die relative Mehrheit erhalten haben.

§ 16. Der Antrag auf Bildung eines Komitees zur Lösung einer bestimmten wissenschaftlichen Frage muß beim Verwaltungsrate schriftlich eingebracht werden und die genaue Bezeichnung des Gegenstandes, einen skizzierten Plan der Richtung und des Ganges der Arbeit und Vorschläge über die nötigen Arbeitskräfte und etwa erforderlichen materiellen Mittel enthalten.

Der Verwaltungsrat zieht im Beisein des Antragstellers den Gegenstand in Erwägung und bestimmt, wenn er die Frage wichtig und ihre Bearbeitung wünschenswert erachtet, die Mitglieder des Komitees, welchen er dann die vorgeschlagene Arbeit zur fachkundigen Beurteilung vorlegt.

Diese erstatten über die Wichtigkeit und Ausführbarkeit der Arbeit umständlich motivierten Bericht in einer Vereinssitzung, in welcher sodann über den Antrag verhandelt und Beschluß über die definitive Bildung des Komitees gefaßt wird.

Die Berichte solcher Komitees werden in vom Vereinspräsidium geleiteten Sitzungen entgegengenommen.

§ 17. Die Komitees zur Lösung wissenschaftlicher Aufgaben verkehren nach außen nur durch das Präsidium des Vereines. Dem Verein ist das Recht der Veröffentlichung der Komiteeberichte vorbehalten.

§ 18. Änderungen der Geschäftsordnung können in administrativen Vereinssitzungen geschäftsordnungsmäßig beantragt und beschlossen werden.

Es kann hier gleich angefügt werden, daß diese Geschäftsordnung an einigen recht bedenklichen Schwerfälligkeiten leidet, und es geschah mit voller Zustimmung des Vereines, wenn die Vorsitzenden bald gewisse Erleichterungen besonders bezüglich des Wahlmodus einführten — es hat sich nie der geringste Widerspruch dagegen erhoben; eine später einmal zu revidierende Geschäftsordnung wird dann solche lange Zeit durchgeführte Verstöße gegen die strenge Handhabung der bestehenden Ordnung rechtfertigen und entschuldigen müssen. Die Protokolle der Vereinssitzungen werden seither nach dem Beschlusse der Maiversammlung 1893 auch in der Wiener klinischen Wochenschrift abgedruckt und dadurch einem weiteren ärztlichen Leserkreise zugänglich gemacht.

Der von dem Vereinsvorstande erhoffte Erfolg dieser Neuerungen blieb nicht nur nicht aus, sondern wurde auch noch weit übertroffen, denn die Zahl der Vereinsmitglieder stieg von 56 im Jahre 1893, im Jahre 1895 auf 100, abgesehen von zahlreichen anderen Ärzten, welche als Gäste durch die Demonstrationen und Vorträge im Vereine angezogen wurden; dadurch, ferner, daß auch besonders viele Kollegen, die nicht

Irrenärzte waren, Fälle vorstellten, ihre Erfahrungen mitteilten, gewann allerdings die Neurologie nach und nach ein gewisses Übergewicht über die Psychiatrie, so daß es dann auch nicht an Mahnungen fehlte, die Irrenheilkunde weniger zu vernachlässigen. Der neue Präsident hat aber auch der Seite des kollegialen Verkehres der Mitglieder untereinander sein besonderes Interesse gewidmet. Es wurde getrachtet, bei den Debatten in den Sitzungen, die seither nun regelmäßig am zweiten Dienstag jedes Monates stattfanden, jeden unangenehmen persönlichen Ton fernzuhalten; gesellige Zusammenkünfte nach den wissenschaftlichen Versammlungen in einem Gasthause — am meisten beim Riedhof — wobei neben heiterer Unterhaltung auch Diskussionen über wissenschaftliche Fragen in freier, ungezwungener Weise fortgesetzt wurden, konnten nur dazu beitragen, die Mitglieder einander näher zu bringen, eine heute noch bestehende erfreuliche Gewohnheit.

Im April **1895** starb der Vizepräsident des Vereines Regierungsrat Gauster. An seine Stelle wurde am 14. Mai Professor Obersteiner gewählt.

Für den Herbst dieses Jahres war (bereits für das Jahr 1894 besprochen, aber wegen der zahlreichen medizinischen Kongresse verschoben) eine Wanderversammlung vorbereitet und dafür anfangs Salzburg, dann Innsbruck in Aussicht genommen worden. Bezüglich beider Orte ergaben sich aber Schwierigkeiten, so daß der Verein über Einladung Professor Picks Prag wählte. Man hatte diese Wahl durchaus nicht zu bereuen, denn die am 4. bis 5. Oktober in Prag tagende Wanderversammlung nahm einen glänzenden Verlauf, um so mehr, als auch die deutsche medizinische Fakultät in Prag sich dafür lebhaft interessierte. An dieser Versammlung, um deren Durchführung sich in erster Linie Professor A. Pick verdient gemacht hatte, nahmen auch hervorragende auswärtige Fachkollegen teil, es seien nur Wernicke, Sachs und Freund aus Breslau, Kahlbaum aus Görlitz angeführt. Krafft-Ebing machte in seiner einleitenden Ansprache auf die Bedeutung der Wanderversammlungen aufmerksam, denen auch die Aufgabe zukomme, eine Fühlung anzubahnen mit Kollegen, die nicht dem engeren Fachgebiete angehören.

Im Jahre **1896** wurden verschiedene Anträge wegen Verbesserung der Jahrbücher, namentlich von Dr. Hirschl eingebracht und zum Teil auch angenommen; zur Bestreitung der daraus erwachsenden



Mehrkosten solle eventuell eine Erhöhung des Jahresbeitrags (5 fl. auf höchstens 8 fl.) Platz greifen dürfen. Ferner wurde neuerlich beschlossen, zur Bekämpfung der rücksichtslosen Preisgabe der Verhältnisse Geisteskranker durch die Presse, sich mit einem Promemoria an die Schriftstellergenossenschaft Concordia zu wenden, mit dessen Abfassung Professor v. Krafft-Ebing betraut wurde. Es wurde weiters der Antrag von Professor v. Frankl-Hochwart einstimmig angenommen, Diskussions- und Referatabende einzuführen, beziehungsweise einzuschieben — ein Beschluß, der übrigens in der geplanten Form nie zur Ausführung gelangte.

Im folgenden Jahre (1897) wurde der Versuch unternommen, die etwas zerrütteten Verhältnisse der Vereinsbibliothek, die ja nur sehr bescheidenen Anforderungen entsprechen konnte, zu regeln; die Bibliothek sollte, wie die einlaufenden Tauschexemplare in den Besitz des Lesevereines der Wiener Landesirrenanstalt übergehen, wogegen letzterer den Mitgliedern des psychiatrischen Vereines die Benützung seiner Bibliothek gestatten würde.

Für das Jahr 1898 war eine Wanderversammlung in Salzburg geplant, doch mußte dieses Projekt wegen Verzögerungen im Bau der dortigen Landesirrenanstalt auf das nächste Jahr (1899) verschoben werden. Es wurde demnach alles Notwendige eingeleitet, alle Vorbereitungen waren getroffen, um die Versammlung in der Zeit vom 23. bis 25. September 1899 dort abzuhalten, als durch die ungemein heftigen Überschwemmungen jeder Verkehr mit Salzburg unmöglich gemacht wurde. Der Verein mußte sich darauf beschränken, Herrn Direktor Schweighofer für dessen Bemühungen zur Einrichtung der Versammlung den besten Dank auszusprechen.

Wiederholt war beantragt worden, die Beiträge für die Jahrbücher zu honorieren; beschlossen wurde, wenigstens den Autoren in besonders berücksichtigenswerten Fällen einen Beitrag zur Deckung der Kosten von Originalzeichnungen zukommen zu lassen.

Der Verein zählte im Jahre 1898 130 ordentliche, 7 Ehren- und 19 korrespondierende Mitglieder.

Die Jahresversammlung am 14. Mai 1901 beschloß, daß die Sitzungsberichte jährlich einmal in den Jahrbüchern zum Abdruck zu bringen seien und daß dabei auch die administrativen Angelegenheiten, die in den Sitzungen verhandelt werden, veröffentlicht werden sollten; ferner sei auch das Mitgliederverzeichnis alljährlich in den Jahrbüchern abzudrucken. Weiterhin wurde bestimmt, daß am 11.

und 12. Oktober dieses Jahres eine Wanderversammlung in Wien abzuhalten sei.

Die Versammlung trat an diesen Tagen dreimal im großen Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte zusammen, einmal, an einem Projektionsabende, im Hörsaal des Professor Paltauf. Nach einem Referate Starlingers wurde eine Resolution, die Prof. v. Wagner beantragt hatte, einstimmig angenommen, daß die Isolierung der Tuberkulösen in den Irrenanstalten nicht bloß wünschenswert, sondern notwendig sei, desgleichen der Zusatzantrag von Professor A. Pick, daß diese Resolution den Landesausschüssen und Sanitätsbehörden bekanntgegeben werde.

Weiterhin wurden Referate erstattet über Entmündigung (Krafft-Ebing), Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten und die Versorgung krimineller Geisteskranker (v. Wagner).

An die Wanderversammlung schloß sich über Einladung des Primarius Starlinger, der für die Direktorsstelle an der im Bau begriffenen niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Mauer-Öhling in Aussicht genommen war, eine Besichtigung dieses Neubaues, wobei von Seite des niederösterreichischen Landesausschusses freundlichst für die Beförderung und Bewirtung der Teilnehmer Sorge getragen worden war.

Im Frühjahr 1902 erlitt der Verein einen schweren Verlust durch den Rücktritt seines Präsidenten Rich. Frh. v. Krafft-Ebing, unter dessen zehnjähriger fester und zielbewußter Leitung der Verein einen so großen Aufschwung zu verzeichnen hatte. Es wurde bereits früher darauf hingewiesen, wie er neben der wissenschaftlichen Hebung des Vereines es auch verstanden hatte, jenen kollegialen Ton in die Verhandlungen zu tragen, der ihnen voraussichtlich dauernd erhalten bleiben wird. Dabei war die Anzahl der Mitglieder unter seinem Präsidium von 50 auf nahezu das Dreifache gestiegen. Seine schwankende Gesundheit war die Ursache, daß er diesmal, trotz der Bitten seiner Freunde, seinen längst gehegten Plan, sich vom Lehramte und damit von Wien zurückzuziehen, wirklich zur Durchführung brachte [1]).

Am 11. März 1902 versammelte sich der Verein und eine große Anzahl sonstiger Freunde Krafft-Ebings vormittags in

[1]) Die große Bedeutung v. Krafft-Ebings für den Verein fand eingehende Würdigung durch A. Fuchs in dessen Aufsatz in der Wiener klinischen Rundschau 1902, Nr. 13 bis 15



seinem festlich geschmückten Hörsaale — eigentlich zur Feier der Vollendung seiner 30 jährigen Lehrtätigkeit. Es wurde dem Jubilar, der von verschiedenen Seiten beglückwünscht wurde, bei dieser Gelegenheit auch der als Festschrift erschienene 22. Band der Jahrbücher überreicht, welcher eine reiche Fülle wissenschaftlicher Beiträge der Freunde und Schüler Krafft-Ebings und auch sein wohlgelungenes Porträt enthielt. Allerdings mischte sich in die Festesfreude auch die Trauer über den Rücktritt des Jubilars.

In der nächsten Jahresversammlung am 13. Mai 1902 wurde Krafft-Ebing einstimmig zum Ehrenpräsidenten und Ehrenmitgliede des Vereines gewählt. Die Leitung des Vereines ging in die Hände von Professor Heinrich Obersteiner über, als dessen Stellvertreter wurde Professor Julius Wagner v. Jauregg gewählt. Das Amt der Schriftführer fiel den Herren Dr. v. Sölder und Dr. A. Pilcz zu, das des Ökonomen dem Primarius Dr. Linsmayer und das der Beisitzer den Herren Prof. v Frankl-Hochwart, Prof. Redlich, Regierungsrat Dr. Tilkowsky und Primarius Pfleger.

In der gleichen Sitzung wurde über Anregung von Professor Frankl-Hochwart beschlossen, im kommenden Winter einen Zyklus von acht Vorträgen zu halten, in denen Themen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie in einer auch für Nichtfachärzte anregenden Form besprochen werden sollten. Von Nichtmitgliedern des Vereines wäre ein Beitrag von zwei Kronen einzuheben. Es sollte damit die Tendenz des Vereines gekennzeichnet werden, auch weitere ärztliche Kreise für solche Gebiete zu interessieren, deren Pflege er sich zur Aufgabe gemacht hatte. Es wurden demnach hauptsächlich Themen gewählt, welche dem praktischen Arzte gestatten, den raschen Fortschritten der Wissenschaft zu folgen und die er auch für das Verständnis der ihm unterkommenden Krankheitsfälle verwerten kann. — Es war dies ein Versuch, der über Erwarten gelang, indem sich über 100 Ärzte als zahlende Mitglieder meldeten; so gelungen war dieser Versuch, daß der Verein im nächsten Winter (1903—1904) eine weitere Reihe von Vorträgen mit dem gleich guten Erfolge veranstalten konnte. Wegen des unerwartet zahlreichen Zuspruchs mußte der Hörsaal der Klinik v. Wagner mit dem der Klinik Nothnagel vertauscht werden. Es handelte sich um eine Art postgraduate lectures, wie sie in Amerika sehr üblich sind. Der Vereinsvorstand hatte die Hoffnung



ausgesprochen, daß angeregt und ermutigt durch diesen Erfolg auch die anderen Vereine von Spezialisten nachfolgen und ähnliche Zyklen von Vorträgen abhalten werden, denen sicherlich der gleiche Erfolg geblüht hätte. Leider hat sich diese Erwartung nicht erfüllt, wenigstens nicht in ganz gleicher Form; die von dem Verein der Ärzte des VIII. Bezirkes in späteren Jahren (1913, 1914) eingerichteten Fortbildungskurse für Ärzte, strebten Gleiches auf dem Gebiete der gesamten Medizin an und erfreuten sich gleichfalls großen Erfolges.

Das Jahr 1902 schloß in betrübender Weise; am 25. Dezember begleitete der zahlreich vertretene Verein unter Führung seines Präsidenten Obersteiner in Graz seinen Ehrenpräsidenten Hofrat Richard Frh. v. Krafft-Ebing zu seiner letzten Ruhestätte; nur eine kurze Spanne Zeit konnte er sich des langersehnten zurückgezogenen, nun ausschließlich schriftstellischer Tätigkeit gewidmeten Lebens erfreuen.

Einer freundlichen Einladung des niederösterreichischen Landesausschusses und der Direktion der Landesirrenstalt Kierling-Gugging folgend, besichtigte der Verein unter der Führung des Direktors H. Schlöss am 17. Juni 1903 die neu eingerichtete Kolonie am Haschhof.

In der Jahressitzung vom 10. Mai 1904 brachte Prof. Obersteiner den einstimmig angenommenen Antrag ein, der Überschuß der Einnahmen aus den beiden Vortragszyklen möge als erster Beitrag zu einem Fonds für ein zu stiftendes Krafft-Ebing-Relief in der Aula der Wiener Universität verwendet werden. Das Projekt solle der Verein selbst durchführen; damit wurde ein Komitee (Obersteiner, v. Wagner, v. Sölder, Pilcz, Linsmayer) betraut. Da die Aufstellung eines Denkmals in der Aula erst fünf Jahre nach dem Tode gestattet wird, hatte das Komitee reichlich Zeit, die notwendigen Vorbereitungen zu treffen. Der Verein hielt es für seine Ehrenpflicht, das Erinnerungszeichen für seinen Ehrenpräsidenten lediglich aus eigenen Mitteln (nur mit Beiträgen von Seiten seiner Familie, aber ohne Heranziehung von außenstehenden Freunden, dankbaren Patienten u. dgl.) herzustellen. Dennoch liefen die Beiträge so reichlich ein, daß statt der geplanten Plakette eine Marmorbüste errichtet werden konnte und nach Begleichung aller Nebenkosten sich noch ein Überschuß ergab.

Es mag hier erwähnt werden, daß in den beiden Jahren 1903 und 1904 die Anmeldungen zur Mitgliedschaft ganz besonders

zahlreich einliefen. So wurde beispielsweise in der Sitzung vom 10. November 1903 über zehn Vorschläge von neuen Mitgliedern abgestimmt.

Prof. Anton in Graz hatte sich wegen Bildung einer Ortsgruppe in Graz an den Verein gewendet. Nach längerer Diskussion dieser Angelegenheit innerhalb des Ausschusses, erklärte sich dieser in merito damit vollkommen einverstanden, es sei jedoch erst eine Form zu finden, in welcher dieser Plan durchzuführen wäre, ohne mit den Vereinsgesetzen in Konflikt zu geraten.

Am 14. und 21. Februar **1905** wurden im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Ärzte von zahlreichen Ärzten und Juristen gut besuchte Diskussionsabende veranstaltet über das Thema „inwieweit ist bei dem Vorliegen einer Neurose oder Psychose die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert.“ Se. Exzellenz der Herr Justizminister Klein hatte den Sektionsrat Herrn Dr. Schober entsendet, die Referate wurden von Herrn Prof. v. Wagner vom Standpunkte des Psychiaters, von Prof. Haberda als Gerichtsarzt erstattet, während Herr Prof. H. Gross (Graz) als juridischer Referent in dieser Angelegenheit zu Worte kam. —

In der Ausschußsitzung vom 2. Mai 1905 wurde von Professor v. Frankl-Hochwart neuerlich die Erhöhung des Jahresbeitrages angeregt, doch fand dieser Antrag nicht die Majorität.

Von Prof. Redlich ging in der gleichen Sitzung die Anregung aus, eine Aktion zur Gründung einer Nervenheilanstalt für Unbemittelte einzuleiten; es wurde ein vorbereitendes Komitee (v. Wagner, Schlöss, Redlich, Pilcz) ersucht, Informationen einzuholen, um gegebenen Falls einen Antrag an das Plenum erstatten zu können. Niemand wußte damals, daß der wenige Wochen darnach (am 13. Juni 1905) verstorbene Nathaniel Frh. v. Rothschild in einem am 3. Jänner 1900 verfaßten Kodizill zu seinem Testamente ein Kapital von 20 Millionen Kronen bestimmt hatte, um Anstalten für mittellose Nervenleidende zu gründen und zu erhalten. Selbstverständlich wurde nach Bekanntwerden dieser großherzigen Stiftung eine weitere Aktion des Vereines in dieser so wichtigen Angelegenheit überflüssig.

Da sich immer wieder Schwierigkeiten bezüglich der Bibliothek ergaben — deren Unterbringung, Verwendung u. a. — so wurde in der Ausschußsitzung von 6. Juni 1905 beschlossen, mit der Bibliothek

der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Verhandlungen zu treten. Am 15. Dezember 1905 kam denn auch ein Vertrag zustande, demzufolge die Gesellschaft der Ärzte von unserem Verein die vorhandenen Einzelwerke und Zeitschriften übernimmt, desgleichen die weiterhin einlaufenden Tauschexemplare, wogegen jene uns als Gegenleistung alljährlich zehn Gastkarten für die Benützung ihrer Bibliothek zur Verteilung an unsere Mitglieder zur Verfügung stellt. Unser Bibliothekar Dr. Stransky hatte sich der großen Mühe unterzogen, mit verschiedenen Antiquaren, namentlich wegen des Verkaufs der Dubletten zu verhandeln und dem Vereine dadurch eine nennenswerte Summe verschafft.

In der Sitzung vom 8. Mai **1906** stellte Direktor Starlinger den Antrag, eine psychiatrische Sektion des Vereines zu gründen, speziell im Hinblick auf die bisher stark vernachlässigten Interessen der Anstaltsärzte. Ein Komitee, bestehend aus den Herren v. Frankl, Obersteiner, Schlöss, Starlinger, Wagner konnte sich nicht verhehlen, daß mit der beantragten Gründung einer psychiatrischen Sektion leicht eine unerwünschte Spaltung im Vereine entstehen könnte, der es ja zu seinen Aufgaben zählt, die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Neurologie festzuhalten, die durch eine Lockerung dieses Zusammenhanges sicherlich geschädigt würden. Andererseits mußte zugegeben werden, daß es eine große Menge so z. B. rein administrativer Fragen gibt, die für die Anstaltsärzte von größter Wichtigkeit, für die Mehrzahl der Mitglieder aber ohne Interesse sind. Juli 1906 erließ das genannte Komitee ein Zirkulandum an sämtliche Psychiater Österreichs, in welchem es hervorhebt, daß ihm die Aufgabe zugewiesen worden sei, passende Schritte einzuleiten, um einen regeren Zusammenschluß der österreichischen Psychiater anzubahnen und ihnen Gelegenheit zu verschaffen, sich mit solchen psychiatrischen Fragen eingehend zu befassen, welche naturgemäß dem Neurologen ferner liegen, und für die dieser daher wenig Interesse und praktische Erfahrung mitbringen kann, wie Anstaltswesen, Irrenpflege, allgemeine Irrenfürsorge, forensische und soziale Psychiatrie, Standesinteressen u. a. Um diesem, von allen Seiten empfundenen Bedürfnis Rechnung zu tragen, beantragte das Komitee, daß der Verein vorläufig jährlich einmal, in der Regel in Wien, einen österreichischen Irrenärztetag veranstalte, welcher ausschließlich der Besprechung von Fragen, die in den oben angedeuteten Rahmen fallen, gewidmet sein solle. Solche österreichische Irren-



ärztetage wurden dann auch im Herbst der Jahre 1906, 1907 und 1908 abgehalten — wir kommen später darauf zurück.

Die Wanderversammlung des Vereines, die am 5. und 6. Oktober 1906 in Wien stattfand, kann nach der Wahl der Themen auch als erster österreichischer Irrenärztetag betrachtet werden. Es referierten: Dr. S. Türkl über den geistig Minderwertigen und seine Zurechnungsfähigkeit (vom Standpunkt des Juristen), Dozent Dr. Raimann über die Unterbringung und Behandlung des geistig Minderwertigen, Direktor Dr. Starlinger über Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken, Dozent Dr. Max Lähr (Berlin) über Beschäftigungstherapie bei Nervenkranken. Die Sitzungen fanden im großen Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte und im Hörsaale für experimentelle Pathologie (Prof. Paltauf) statt. Es kam auch eine Resolution von Professor Pick zum Antrag, in welcher die Regierung ersucht wird, an die Durchführung eines Irrengesetzes zu schreiten. Am 7. Oktober Vormittag fand dann über freundliche Einladung des niederösterreichischen Landesausschusses eine Besichtigung des sich seiner Vollendung nähernden Neubaues der niederösterreichischen Landesanstalten am Steinhof statt, wobei Herr Landesausschuß L. Steiner und Herr Oberbaurat Berger in liebenswürdigster Weise die notwendigen Erklärungen gaben.

An dem zweiten österreichischen Irrenärztetage, der am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien abgehalten wurde, referierte v. Wagner über den Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Irrenanstalten, sowie über den Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen im neuen Strafgesetzentwurf, wobei er auch die Notwendigkeit hervorhob, die Kompetenz zwischen Richter und Sachverständigen scharf abzugrenzen; ferner Primarius Starlinger über den gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage. Am 6. Oktober fand dann abermals eine Besichtigung der eben fertig gestellten niederösterreichischen Landesanstalten am Steinhof statt, wobei die Teilnehmer des Irrenärztetages durch den Landmarschall Sr. Durchlaucht den Prinzen Alfred Liechtenstein begrüßt wurden.

Am 23. November 1907 beglückwünschte der Verein gelegentlich der Feier des 25jährigen Bestandes des neurologischen Institutes seinen Präsidenten Prof. Obersteiner als Vorstand des genannten Universitätsinstitutes durch den Mund des Vizepräsidenten Professor v. Wagner in herzlicher Weise.

In der Sitzung vom 11. Februar 1908 besprach v. Wagner



den neuen Entwurf eines Entmündigungsgesetzes[1]). Die Debatte über dieses Referat beschäftigte den Verein noch an den zwei folgenden Dienstagen. Dabei wurde auch der Beschluß gefaßt, diesen Gegenstand auf die Tagesordnung des im Herbste abzuhaltenden Irrenärztetages zu stellen.

In der Jahressitzung vom 12. Mai 1908 gedachte der Vorsitzende Obersteiner mit kurzen Worten des 40 jährigen Bestehens unseres Vereines und seiner vielseitigen, ersprießlichen Wirksamkeit.

An dem dritten österreichischen Irrenärztetage (6. Oktober 1908) erstattete v. Sölder das Referat über das Entmündigungsgesetz, woran sich eine längere Diskussion knüpfte. Gerichtsärzte und Juristen beteiligten sich neben den Fachpsychiatern — Klinikern und Anstaltsärzten — an der Debatte über einen Gesetzentwurf, der nach so vielen Seiten hin große Mängel aufwies und insbesondere manche, die Irrenärzte schwer verletzende Bestimmungen enthielt.

An den darauffolgenden Tagen (7. bis 11. Oktober 1908) war in Wien der zahlreich besuchte dritte internationale Kongreß für Irrenpflege versammelt, dessen Vorbereitungen zwar nicht durch den Verein als solchen getroffen wurden, an denen sich aber viele seiner Mitglieder beteiligten; der Vorsitz beim Kongreßkomitee war dem Präsidenten des Vereines Obersteiner übertragen, als Generalsekretär fungierte der frühere Schriftführer des Vereines Pilcz. Der Verein benützte die Gelegenheit der Anwesenheit zahlreicher fremder und inländischer Psychiater, um ein schönes Werk der Dankbarkeit zur Vollendung zu bringen. Mittwoch den 7. Oktober um $^1/_2$4 Uhr nachmittags fand nämlich in der Aula der Universität die feierliche Enthüllung der vom Vereine gestifteten Büste Krafft-Ebings statt; sie ist von dem Künstler Kauffungen meisterhaft im Marmor ausgeführt und trägt auf dem Sockel aus rosenfarbenem Granit die Inschrift: „Richard Freiherr v. Krafft-Ebing 1840—1902. Professor der Psychiatrie in Wien. Gewidmet vom Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.“ v. Wagner hielt eine gehaltvolle Gedächtnisrede, in der er die Verdienste Krafft-Ebings um die Wissenschaft und besonders um den Verein beleuchtete, und Obersteiner übergab im Namen des Vereines die Büste dem damaligen Rektor Prof. Franz Exner, damit sie in den

[1]) Dieses trat nach vielfachen Änderungen als „Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916“ in Wirksamkeit.



Besitz und in die Obhut der Universität übergehe. Eine Anzahl anderer Ansprachen wurden bei dieser Gelegenheit noch gehalten, unter denen die des ältesten Freundes v. Krafft-Ebing, des Geheimrates H. Schüle (Illenau), besonders eindrucksvoll wirkte.

In der Jahressitzung vom Mai **1909** wurde mit dem Verleger der Jahrbücher Fr. Deuticke ein neues Übereinkommen zum Abschlusse gebracht. Die wesentlichsten neuen Punkte des Verlegers waren, daß die Redaktion fortan von Prof. Fritsch, gemeinsam mit den beiden Schriftführern des Vereines (Raimann und Marburg) besorgt werden solle; den Autoren wurde nebst 30 Separatabdrücken ein Honorar von 40 Kronen per Bogen zugestanden. Die Jahrbücher, deren Umfang mit 30 Druckbogen und fünf Tafeln festgesetzt wurde, sollen durch den Verleger (gegen Erstattung der Portoauslagen) allen Ehren- und wirklichen Mitgliedern zugesendet werden, wogegen der Verein dem Verleger eine Entschädigung von 7 Kronen per Exemplar leistet.

Am 17. und 18. September 1909 hatten wir die Freude, die dritte Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Wien begrüßen zu können. Unser Verein hatte sich als vorbereitendes Empfangskomitee konstituiert; Prof. Frankl-Hochwart hatte als lokaler Geschäftsführer im Verein mit Dr. Kronfeld die Hauptarbeit dabei geleistet. Der Nestor der deutschen Neurologen, Exz. Erb, eröffnete als Vorsitzender der tagenden Gesellschaft in den Räumen der k. k. Gesellschaft der Ärzte die Verhandlungen. In besonders liebenswürdiger Weise pries er Wien als alte ruhmreiche und blühende Arbeitsstätte der deutschen Neurologie und gedachte dabei mit ehrenden Worten auch unseres Vereines. Die künstlerische Mitwirkung des Wiener Ärzteorchesters unter der festen Leitung von Dr. Jagič trug nicht wenig dazu bei, den festlichen Charakter des gemeinsamen Abendessens zu erhöhen. — Am 19. September vormittags folgten dann noch Demonstrationen auf der Klinik v. Wagner und im neurologischen Institut (Obersteiner).

In diesem Jahre traten Prof. Hartmann (Graz) und Prof. K. Mayer (Innsbruck) dem Herausgeberkomitee des Vereines bei.

In der zweiten Hälfte des Jahres 1909 wurden für die Vorlage an den Reichsrat bestimmte Gesetzentwürfe (Endmündigungsgesetz, Irrenfürsorgegesetz) den verschiedenen Landesausschüssen von der Regierung mit dem Ersuchen vorgelegt, sich über diese Entwürfe, die zu mancherlei Einsprachen von Seiten der Psychiater



Gelegenheit geben konnten, zu äußern. Da diese Äußerungen durch die Landesausschüsse, von den Anstaltsdirektoren abverlangt wurden, sprachen einige von ihnen den Wunsch aus, daß diese „Entwürfe" durch Vermittlung des Vereines in Wien einer eingehenden Diskussion unterzogen würden. Gegen eine solche Diskussion in dem gegebenen Momente wurden gewisse Bedenken formeller Natur geltend gemacht. Da sich die Unterhandlungen in die Länge zogen, vereinigte sich eine Anzahl von Anstaltsärzten im Frühjahre **1910** in Linz als Proponenten eines „psychiatrischen Verbandes", dem jeder praktische Psychiater, der als öffentlich angestellter Arzt berufstätig ist, beitreten könne und dessen Zweck die Förderung der öffentlichen Irrenpflege und aller damit in Beziehung stehender Fragen sein sollte. Um ein leichteres Zusammenarbeiten des künftigen psychiatrischen Verbandes mit unserem Vereine zu ermöglichen, fand am 8. Juni 1910 eine Sitzung statt, in der ein Komitee zur Vorbereitung eines vierten österreichischen Irrenärztetages zusammentrat. Dieser sollte am 16. und 17. Dezember 1910 in Wien tagen und Regierungsrat Schlöss ein Referat über den Entwurf eines Irrenfürsorgegesetzes erstatten, während die Nominierung des zweiten Referenten über dieses Thema dem zu gründenden psychiatrischen Verbande überlassen wurde. Unterdessen erhoben sich leider neuerliche Schwierigkeiten, so daß der Irrenärztetag „bis auf weiteres verschoben" werden mußte. Das Referat des Regierungsrates Schlöss wurde in den Jahrbüchern des Vereines, 32. Band, abgedruckt.

Die österreichische kriminalistische Vereinigung (Ö. K. V.) traf ein Übereinkommen mit unserem Vereine, nach welchem beide in gemeinsamer Tätigkeit sich an die Beratung des neuen Strafgesetzentwurfes machen sollten. Es wurden demnach im Winter 1910 bis 1911 zum ersten Male und dann wieder im Winter 1911 bis 1912 im kleinen Schwurgerichtssaale des Wiener Landesgerichtes auch von einer Reihe von Mitgliedern unseres Vereines, vor einem Auditorium von Juristen und Medizinern, dem fast immer ein Vertreter der Regierung (Hofrat Schober vom Justizministerium) angehörte, Referate über einzelne besonders wichtige Punkte dieses Entwurfes erstattet.

Am 13. Dezember 1910 nachts starb plötzlich Regierungsrat Prof. Johann Fritsch, nachdem er noch am Abend vorher in einer der eben besprochenen gemeinsamen Verhandlungen über die Frage der Sexualdelikte eingehend referiert hatte. Durch mehr als 28 Jahre

hatte er die Redaktion der Jahrbücher mit großer Umsicht, auch unter recht schwierigen Verhältnissen, fast allein geleitet, und sich dadurch um den Verein ungemein verdient gemacht. Nach seinem Ableben wurden Prof. Raimann und Dozent Dr. Marburg, die ja bereits dem Redaktionskomitee angehörten, mit der Redaktion betraut.

Am 10. Jänner **1911** tagte der Verein zum letztenmal im Hörsaale der alten psychiatrischen Klinik (im allgemeinen Krankenhause), in welchem der Verein durch so viele Jahre gastliche Aufnahme gefunden hatte. Am 14. Februar 1911 fand dann die erste Sitzung im psychiatrischen Hörsaale der Klinik v. Wagner, im Gebäude der ehemaligen Landesirrenanstalt (Bründlfeld) statt, in demselben Hause, in welchem der Verein seine erste konstituierende Sitzung abgehalten hatte. Da diese und die folgenden Sitzungen trotz der etwas größeren Entfernung sehr gut besucht waren, wurde beschlossen, sie auch fernerhin in diesen Räumen abzuhalten. Ende 1911 wurde Dozent Dr. Otto Pötzl an Stelle des ausscheidenden Prof. Raimann provisorisch zum Schriftführer gewählt (definitiv Mai **1912**).

Erwähnenswert sind die über mehrere Abende (Ende 1911 und anfangs 1912) sich erstreckenden Diskussionen über die Frage der Dementia präcox auf Grund eines erschöpfenden Referates von Dozent Dr. Stransky, sowie ein instruktiver Vortrag von Prof. Otfr. Förster (Breslau) über Indikation und Erfolge der Hinterwurzeldurchschneidung.

Einer Einladung des Kuratoriums der Nathaniel Frh. v. Rothschildschen Stiftung für Nervenkranke folgend, besichtigte eine größere Anzahl von Mitgliedern am 20. Juni **1912** unter Führung des Direktors Dr. v. Sölder die neue Nervenheilanstalt am Rosenhügel.

Von der k. k. statistischen Zentralkommission war die Frage angeregt worden, ob das Diagnosenschema für die statistischen Berichte der Irrenanstalten (Bericht D) nicht in einer, dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechenden Weise änderungsbedürftig sei. Das k. k. Ministerium des Innern wandte sich Ende 1912 an unseren Verein mit dem Ersuchen, über diese Frage eine Meinungsäußerung abzugeben. Die Herren Regierungsrat Schlöss und Prof. Hartmann in Graz erklärten sich bereit, Referate über die angeregte Frage zu übernehmen. Es wurde im Sinne einer



Wanderversammlung der 21. Dezember 1912 für diese Verhandlungen bestimmt, die aber wegen Erkrankung einer der beiden Referenten auf den 8. März 1913 verschoben werden mußte. Eine lebhafte Diskussion schloß sich an die beiden eingehenden und wohlmotivierten Referate.

Im April 1913 starb Exz. Prof. Jos. Unger, der dem Vereine seit dessen Gründung, also durch 45 Jahre, als korrespondierendes Mitglied angehört hatte.

In der Hauptsitzung vom 20. Mai 1913 wurde auch beschlossen, den Jahresbeitrag von zehn Kronen auf zwölf Kronen zu erhöhen, immerhin noch eine geringe Forderung, da ja die wirklichen Mitglieder (sowie die Ehrenmitglieder) die Jahrbücher frei zugestellt bekommen, deren buchhändlerischer Wert ein wesentlich höherer ist.

Als im Herbste 1913 die 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien tagte, hielt es der Verein für seine Pflicht, sich den engeren Fachgenossen gegenüber gastlich zu erweisen, indem er in den Räumen des Ärzteklubs (Landesgerichtsstraße 18), die von der Klubleitung in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt waren und die auf die fremden Teilnehmer durch ihre Originalität wie auch durch ihre praktische Einrichtung einen besonderen Eindruck machten, einen auf die neurologisch-psychiatrische Sektion beschränkten Rout arrangierte. An diesem wohlgelungenen Abendfeste (um dessen Erfolg sich besonders Prof. Marburg verdient gemacht hatte) mit Musik und reichem, an kleinen Tischen serviertem Abendessen beteiligten sich über 200 Herren und Damen.

Im Herbste d. J. traten die beiden Schriftführer Professor Marburg und Dr. Pötzl von ihrem Amte zurück, welches, zunächst provisorisch, die Herren Assistenten Dr. L. Dimitz und Dr. M. Schacherl übernahmen; beide wurden dann in der Jahressitzung 1914 definitiv in ihrer Stellung bestätigt. Es sei aber besonders hervorgehoben, daß keinerlei Zwistigkeiten oder sonstige unerquickliche Vorkommnisse an diesem Wechsel Schuld trugen.

Es war seinerzeit, 1909, als dem langjährigen Redakteur der Jahrbücher, Prof. Fritsch, die beiden Schriftführer des Vereines an die Seite gestellt wurden (Raimann und Marburg) und namentlich nach dem Tode von Prof. Fritsch, zunächst in Aussicht genommen, daß die jeweiligen Schriftführer auch mit der Redaktion der Jahrbücher betraut werden sollten. Eingehende Er-



wägungen haben aber zu der Überlegung geführt, daß es für die Jahrbücher vorteilhafter und zweckmäßiger sei, ihre Leitung möglichst lange in erprobten und erfahrenen Händen zu belassen — so daß die Professoren Raimann und Marburg ersucht wurden, auch weiterhin diese Tätigkeit zu übernehmen.

Als wir im Juni 1914 auseinandergingen, konnte wohl keiner von uns ahnen, was für Schrecken und Sorgen der bevorstehende Sommer uns bescheren sollte, und wie unerträglich lang sie uns alle bedrücken und auch speziell die Forschung und Wissenschaft in ihrem Fortschreiten hemmen würden. Dennoch beschlossen wir dann im Herbste wenigstens versuchsweise unsere Sitzungen wieder aufzunehmen.

Für den 26. Oktober 1914 war längst geplant, das Jubiläum unseres Vizepräsidenten Hofrat Jul. Wagner v. Jauregg gelegentlich seiner 25 jährigen Professorentätigkeit, wenn auch nur in bescheidener Weise — wie es ja in jedem Falle seinem Wunsche entsprochen hätte — zu feiern. Allein auch diese Veranstaltung schrumpfte unter den herrschenden Kriegsverhältnissen zu einer ganz anspruchslosen, intimen Feier im Gasthofe beim Riedhof zusammen, an der ja gerade eine Zahl seiner engsten Schüler wegen Felddienstes nicht teilzunehmen in der Lage waren. Prof. Redlich hielt die Ansprache an den Jubilar, als Festschrift wurde ihm der XXXVI. Band der Jahrbücher für Psychiatrie, der ausschließlich Arbeiten seiner Schüler enthält, überreicht, sowie eine wohlgelungene Plakette und eine Festnummer der Wiener medizinischen Wochenschrift. Professor Obersteiner begrüßte ihn im Namen unseres Vereines, indem er die Verdienste hervorhob, die v. Wagner sich an leitender Stelle um diesen erworben und den Gefühlen der Dankbarkeit Ausdruck gab, die ihm der Verein dafür zolle. —

Am 19. Dezember 1914 verloren wir zu unserem Schmerze eines der ältesten und treuesten Mitglieder, Prof. Lothar v. Frankl-Hochwart, dem wir, wie aus den vorhergehenden Schilderungen hervorgeht, auch eine Anzahl bedeutungsvoller Anregungen, namentlich in Bezug auf die Wirksamkeit des Vereines zu verdanken hatten.

An dessen Stelle wurde in der Jahressitzung **1915** Professor Otto Marburg in den Ausschuß gewählt. In der Schlußsitzung dieses Vereinsjahres (7. Juni 1915) konnte der Vorsitzende mit Genugtuung konstatieren, daß ungeachtet des Krieges die Zahl der



Versammlungen die gleiche geblieben war und daß, obwohl viele Mitglieder im Felde standen, andere durch besondere militärische Pflichten in außergewöhnlicher Weise in Anspruch genommen waren, der Besuch dennoch immer ein sehr lebhafter (40—50) war. Selbstverständlich bot der Krieg mit seinen Konsequenzen recht viel Materiale für Demonstrationen und Vorträge, ohne daß aber auch die „friedlichen“ Disziplinen dabei zu sehr vernachlässigt worden wären.

Das Präsidium des Vereines hielt eine Diskussion zur Frage der Entschädigung bei traumatischen Neurosen bereits jetzt für angezeigt (Winter 1915—16), damit rechtzeitig von maßgebender Seite die notwendigen Vorkehrungen getroffen werden könnten. Das Ergebnis dieser Diskussion sollte den dabei in Betracht kommenden Instanzen vorgelegt werden. Prof. Redlich erklärte sich bereit, durch Aufstellung einer Reihe von Thesen die Diskussion einzuleiten und brachte diese in der Sitzung vom 8. Februar 1916 zur Kenntnis des Vereines; da sich alsbald zahlreiche Mitglieder zum Worte meldeten und das Interesse am Thema während der Diskussion immer noch stieg, mußten unter Zuhilfenahme einer außerordentlichen Sitzung zwei weitere Abende dafür verwendet werden. — Am 15. Juni 1916 konnten die Ergebnisse dieser Beratungen, Wesen, Prognose, Behandlung der Kriegsneurosen, die Rentenfrage u. a. betreffend, dem k. u. k. Kriegsministerium unterbreitet werden, in der Erwartung, daß das Urteil einer fachmännischen Körperschaft dort Beachtung finden werde.

In der Hauptversammlung am 9. Mai 1916 machte der Vorsitzende auf die erfreuliche Tatsache aufmerksam, daß auch in dem abgelaufenen unter dem Zeichen des Krieges stehenden Vereinsjahre das Interesse an den Arbeiten des Vereines nicht erlahmt war, daß vielmehr die Anzahl der Sitzungen um 2 bis 3 größer war als in Friedenszeiten. Auch brachte unser Ökonom Professor A. Fuchs das dankenswerte Ergebnis seiner Vermögensverwaltung zur Kenntnis, wonach sich für uns trotz der vielen ausstehenden Mitgliedsbeiträge ein beträchtlicher Überschuß ergab.

In der nächsten Sitzung kam ein Antrag von Prof. E. Stransky zur Verlesung, dahingehend, unser Verein möge sich als ältester Fachverein Österreichs mit dem deutschen Verein für Psychiatrie ins Einvernehmen setzen zwecks Anbahnung möglichst häufiger und inniger Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern Österreich-Ungarns

und jenen des Deutschen Reiches, eventuell in der Folge auch anderer befreundeter Staaten, sowie zwecks Schaffung von Einrichtungen zur gemeinsamen moralischen und materiellen Interessenvertretung. Diesem Antrag stattgebend, wurde ein Komitee (v. Wagner, Redlich, Stransky, Obersteiner) gewählt, welchem es oblag, die notwendigen Vorarbeiten zu seiner Durchführung zu beraten. Es wurde dann in der Sitzung vom 14. November beschlossen, als ersten Schritt an die Mitglieder unseres Vereines die Aufforderung zu richten, insoweit sie nicht schon von früher her dem deutschen Vereine für Psychiatrie angehörten, diesem letzteren beizutreten, welcher Anregung etwa 40 Mitglieder Folge leisteten. Gleichzeitig wurde der psychiatrische Verband von diesem Vorgehen verständigt und ihm nahegelegt, einen ähnlichen Weg einzuschlagen (Dezember 1916). —

Die Berichte, welche der Schriftführer Dr. Schacherl und der Ökonom des Vereines Prof. Fuchs in der Jahressitzung vom 8. Mai 1917 über die Tätigkeit des Vereines erstatteten, zeigten neuerlich, wie dieser auf die andauernde Kriegslage nicht mit Erlahmen, sondern mit um so eifrigerem Wirken reagierte.

Die mit kaiserlicher Verordnung vom 28. Juni 1916 erlassene Entmündigungsordnung brachte in mancher Beziehung wesentliche Änderungen in dem bisherigen Verfahren der Gerichte gegenüber den Geisteskranken und es erschien demnach wünschenswert, bereits die Erfahrungen des ersten Jahres, welche sich bei der Durchführung dieser Verordnung in der Praxis ergaben, kennen zu lernen und vielleicht den Anstoß zu eventuellen Verbesserungsvorschlägen zu geben; insbesondere war zu erwarten, daß das neue Anhaltungsverfahren in den geschlossenen Anstalten mancherlei Wünsche und Bedenken von Seite der Anstaltsleiter gezeitigt haben dürfte, um so mehr als ja voraussichtlich sowohl die einzelnen Anstaltsleitungen als auch die verschiedenen kompetenten Gerichtsstellen den neuen Verordnungen nicht überall die gleiche Auffassung entgegenbringen würden. Das Präsidium hielt es daher für angezeigt, Herrn Regierungsrat Direktor Berze und Herrn Medizinalrat Dr. Bonvicini zu ersuchen, ein zusammenfassendes Referat über die einjährigen Erfahrungen in den öffentlichen (Berze) und privaten (Bonvicini) Irrenanstalten Österreichs im November 1917 dem Verein zur Diskussion vorzulegen. Leider war Dr. Bonvicini durch Krankheit verhindert, sein Referat auszuarbeiten; der Verein beschäftigte sich



mit Zuhilfenahme von zwei außerordentlichen Sitzungen eingehend mit dieser Frage, und zwar speziell mit dem Anhaltungsverfahren bezüglich der geschlossenen öffentlichen Anstalten. Ein Komitee (v. Wagner, Türkel, Berze, Hövel, Obersteiner) wurde beauftragt, auf Grund dieses Referates Berzes, das auf einem sehr reichen, mit großer Mühe gesammelten Materiale fußte, ein Promemoria auszuarbeiten (Prof. v. Wagner), um es sowohl dem Justizministerium als dem Justizausschusse des Abgeordnetenhauses zu unterbreiten.

Am 13. November 1917 beglückwünschte der Vizepräsident des Vereines, Herr Hofrat v. Wagner-Jauregg, den Vereinspräsidenten Obersteiner im neurologischen Institute in warmen Worten zu dessen 70. Geburtstage, bei welcher Gelegenheit dem letzteren auch der erste Teil der Festschrift (Heft 1 des XXXVIII. Bandes der Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie) durch Prof. Marburg, sowie eine Festnummer der Wiener med. Wochenschrift überreicht wurden.

In der letzten Sitzung, die noch in die Zeitperiode der ersten 50 Jahre fällt, am 8. Jänner 1918, erwähnte der Vorsitzende zu Beginn mit kurzen Worten, daß der Verein nun auf ein halbes Jahrhundert eifriger und erfolgreicher Arbeit zurückblicken könne, daß aber der Vorstand mit Rücksicht auf den Ernst der Zeit geglaubt habe, von einer Jubiläumsfeier absehen zu müssen. Er erinnerte daran, daß die heutige Sitzung in demselben Gebäude stattfinde, in welchem sich vor 50 Jahren die Wiener Psychiater zur Konstituierung des Vereines zusammengefunden hatten (pag. 3). Es war ein erfreulicher Zufall, daß gerade an diesem Abende Herr Professor Sänger aus Hamburg seine umfangreichen Erfahrungen über Schußverletzungen der zentralen Sehbahnen in zusammenfassender Weise uns darstellen konnte.

Die vorhergehenden Seiten sollen einen kurzen Überblick über die Wirksamkeit unseres Vereines im abgelaufenen halben Jahrhundert geben, wobei allerdings seiner Hauptleistung, der ungezählten wertvollen wissenschaftlichen Vorträge, Demonstrationen und Diskussionen im einzelnen kaum gedacht werden konnte, ebensowenig wie der vielen Mitglieder und Gäste, denen wir diese Mitteilungen verdanken; sie gestalteten dadurch unsere Sitzungen so anregend und belehrend, daß diese gerne von zahlreichen Gästen, die durchaus



nicht ausschließlich aus Neurologen und Psychiatern bestanden, besucht wurden. — Es gibt kein Gebiet der theoretischen wie der praktischen Neurologie und Psychiatrie im weitesten Sinne, das hiebei nicht betreten worden wäre; man kann mit Freude konstatieren, daß — wenigstens in den letzten Dezennien — niemals ein Mangel an Vorträgen eingetreten ist, und daß die Sitzungen, selbst im Kriege, immer eifrigst besucht wurden. —

Die Anzahl der Mitglieder ist seit der ersten Hälfte der Neunzigerjahre eine stetig zunehmende (von 50 auf 277); wir finden darunter auch sechs weibliche Ärzte, welche zu den eifrigsten Besuchern der Versammlungen zählen. —

Daß der Verein auch nach außen hin, namentlich in Fragen der Irrenfürsorge, Irrengesetzgebung, administrativen Psychiatrie, Kriegsentschädigung für Nervenkranke u. dgl. rege und erfolgreiche Tätigkeit entfaltete, wurde im vorhergehenden wiederholt gewürdigt.

Nach diesem Rückblick auf die Erfolge unserer Tätigkeit kann ich es nicht unterlassen, kurz den Blick auch nach vorne zu werfen. Ungeachtet der schwierigen äußeren Verhältnisse, die ja auch auf die wissenschaftliche Betätigung, auf die Arbeitsfreudigkeit lähmend wirken müssen, ist in den Leistungen unseres Vereines, wie ich gleich eingangs hervorhob, keinerlei Ermattung zu bemerken; wir sind also vollauf berechtigt zu hoffen, daß das gleiche frische Leben auch fernerhin bei uns herrschen wird. Der Verein wird vor neue Aufgaben gestellt werden, die sich ja kaum voraussehen lassen; er wird sie aber mit Hilfe der jüngeren Kräfte, die nachwachsen, gewiß lösen. Und wie bisher, wenigstens in den letzten Jahrzenten, ganz seltene unvermeidliche kleine Dissonanzen im Innern immer wieder leicht ihre befriedigende Auflösung fanden, so wird hoffentlich der gleiche kollegiale, konziliante Ton, der unseren Verhandlungen ein so erfreuliches Gepräge verlieh, auch fernerhin festgehalten werden können.

Schließlich darf ich noch ein paar Worte der Begründung anfügen, warum ich mir diese vorliegende Zusammenstellung gestattet habe.

Es schien mir von vorneherein nicht ganz wertlos, durch die Rekapitulation unserer Tätigkeit gelegentlich auch etwas Licht auf die Entwicklung der Neurologie und Psychiatrie während der letzten zehn Lustren in Österreich, speziell in Wien, zu werfen, wenn auch



diese Fragen im Speziellen nur gelegentlich gestreift werden konnten. Außerdem ließ ich mich wohl durch das rege Interesse, das ich dem Vereine — ich darf wohl sagen, von seiner Gründung an — entgegenbringe, verleiten, an eine Arbeit zu gehen, die dessen Entstehen, Wachsen und Gedeihen nicht bloß seinen Mitgliedern, sondern auch den anderen Fachgenossen vor Augen führen sollte.

Ich hielt gerade mich zu dieser Aufgabe berufen, da ich bereits in meinen Studienjahren durch den steten Verkehr mit den Gründern des Vereines Gelegenheit hatte Einblick in seine Tätigkeit zu gewinnen, da ich ferner nicht nur sein ältestes Mitglied, sondern auch seit dem Jahre 1895 als Funktionär des Vereines an seiner Leitung beteiligt bin. Man wird mir also mein treues Festhalten an dieser Jugendliebe hoffentlich nicht verübeln.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht nicht bloß den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses, sondern auch sämtlichen Mitgliedern des Vereines herzlichst dafür zu danken, daß sie mir während einer Periode von fast 16 Jahren das Amt des Vorsitzenden so erleichtert und freudvoll gestaltet haben.

Wien, Jänner 1918.

Anhang.

Die Vereinsleitung besteht im Jänner 1918 aus nachfolgenden Funktionären:

Vorsitzender: Prof. Heinr. Obersteiner.

Vorsitzender-Stellvertreter: Professor Julius Wagner v. Jauregg.

Schriftführer:
- Dr. Ludwig Dimitz,
- Dr. Max Schacherl.

Ökonom: Prof. Alfr. Fuchs.

Bibliothekar: Primarius Dr. Karl Richter.

Ausschußmitglieder:
- K. u. k. Oberstabsarzt Bruno Drastich,
- Prof. Otto Marburg,
- Prof. Emil Redlich,
- Regierungsrat Heinr. Schlöss.



Die **Redaktion** der Jahrbücher ruht in den Händen von
Prof. Otto Marburg,
Prof. Emil Raimann.

Die **Vorsitzenden** des Vereines seit seiner Gründung waren
Regierungsrat Riedel 1868—1870,
Regierungsrat Spurzheim 1870—1871,
Prof. Meynert 1872—1892,
Prof. Frh. v. Krafft-Ebing 1892—1902.
Prof. Obersteiner seit 1902.

Vereinsjournal:

1. Vierteljahrschrift für Psychiatrie, 2 Bände 1868 und 1869,
2. Psychiatrisches Centralblatt, 8 Bände 1871—1878,
3. Jahrbücher für Psychiatrie (vom 13. Band an Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie) 1879 bis jetzt; der 38. Band ist im Erscheinen.

Dem Vereine gehören gegenwärtig an:
8 Ehrenmitglieder,
35 korrespondierende Mitglieder,
277 ordentliche Mitglieder.

Das Vereinsvermögen beträgt rund 13.000 Kronen.

Alphabetisches Verzeichnis der im vorhergehenden genannten Persönlichkeiten.



Herr Landesausschuß Bielohlavek und Herr Regierungsrat Schlöß hatten freundlichst gestattet, daß die in den n.-ö. Landesanstalten am Steinhof befindlichen Ölbilder der beiden ersten Vereinspräsidenten Riedel und Spurzheim für diese historische Darstellung photographisch reproduziert würden und Herr Prof. Pilcz überließ zu diesem Behufe gütigst das Bild von Meynert, wofür ich an dieser Stelle bestens danke.



Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten.

Referat, erstattet in dem Vereine für Psychiatrie u. Neurologie in Wien (13. und 27. November 1917) [1]).

Von k. k. Regierungsrat **Dr. Josef Berze,**

Direktor der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Klosterneuburg, Privatdozent an der k. k. Universität in Wien.

Meine Aufgabe ist es nicht, die Entmündigungsordnung selbst kritisch zu besprechen. Es ist daher auch keine Veranlassung für mich gegeben, auf eine Reihe prinzipieller Fragen näher einzugehen, wie: ob ein zwingender Grund zur Erlassung eines Gesetzes über die Entmündigung vorhanden war, ob es gut war, den „Teil der Reform des Irrenwesens, der den Rechtsschutz der Geisteskranken betrifft", das heißt eben den Teil, welcher den Gegenstand der E.-O. bildet, als „spruchreif" zu betrachten, bevor die anderen in das Gebiet des Irrenwesens gehörigen „Gruppen von Problemen", und insbesondere die Gruppe, welche diejenigen „Fragen umfaßt, die sich auf die Irrenpflege innerhalb und außerhalb geschlossener Anstalten beziehen" (vgl. Erl. Berm. zu dem Entwurf eines Gesetzes über die Entmündigung) der „sachgemäßen Lösung" zugeführt werden konnten, ferner, ob in der Tat die Einführung einer gerichtlichen Kontrolle bei der Aufnahme in die Irrenanstalten als voll gerechtfertigt anzusehen ist, während, wie gelegentlich im Justizausschusse des Abgeordnetenhauses ausgeführt worden ist, moderne Gesetzgebungen nur die Kontrolle der Verwaltungsbehörden kennen und auf einem deutschen Juristentage nach Einholung von Gutachten beschlossen wurde, daß die Frage der Aufnahme Geisteskranker in die Irren- oder ähnliche Anstalten lediglich als eine verwaltungstechnische Maßregel angesehen werde [2]), wobei nur die Verwaltungs-, nicht aber die

---

[1]) **Der Teil des Referates, welcher vom eigentlichen Entmündigungsverfahren, bzw. von den §§ 1, 4, 8, 26, 33, 34, 37 bis 49, 50, handelt, konnte in den beiden genannten Vereinssitzungen nicht vorgebracht werden, wird aber zur Vervollständigung des geschlossenen Ganzen hier mit veröffentlicht.**

[2]) **Auch der „Motivenbericht" zur Regierungsvorlage der Entmündigungsordnung führte aus, daß „die Zulässigkeit der Anhaltung in einer geschlossenen Anstalt als medizinal-polizeiliche Maßnahme an sich außerhalb des Kompetenzbereiches der Gerichte fällt".**



Gerichtsbehörden einzugreifen vermögen (Abg. Dr. Dnistriansky, Sitzung des Justizausschusses vom 19. März 1912). Auch habe ich, im Rahmen dieses Referates nicht zu untersuchen, ob es, wenn schon dem Mangel an Vertrauen in das geltende Recht und Verfahren außer durch die gesetzliche Regelung des Entmündigungsverfahrens auch durch in einem Gesetze festgelegte „Schutzmaßnahmen gegen Irrtümer oder Mißbrauch bei der zwangsweisen Anhaltung einer Person in einer Irrenanstalt", wie es in den „Vorbemerkungen" zur E.-O. heißt, Rechnung getragen werden mußte, notwendig oder nicht vielmehr vermeidlich war und daher auch zu vermeiden gewesen wäre, dem Gesetze die von den Anstaltsärzten, namentlich aber von den in der Eigenschaft öffentlicher Beamter an den öffentlichen Landesirrenanstalten tätigen Ärzten, schwer empfundene und ihr Ansehen zweifellos — zum Schaden des Irrenanstaltswesens — beeinträchtigende, gegen sie gerichtete Tendenz zu geben, welche das „Anhaltungsverfahren" unbestreitbar erkennen läßt, bzw. diese Tendenz in dem Maße im Gesetze hervortreten zu lassen, wie es tatsächlich geschehen ist, — wie ich überhaupt in diesem Referate nicht zu erörtern habe, was vom Standpunkte der Anstaltsärzte aus an dem Gesetze auszusetzen wäre.

Meine Aufgabe ist es vielmehr, darzulegen, wie sich „die Einführung und Handhabung des neuen Rechtes", soweit sie vom Standpunkte des Anstaltsarztes überblickbar ist, tatsächlich gestaltet hat, bzw. über die Wahrnehmungen von Belang, welche der Anstaltsarzt diesbezüglich in dem ersten Jahre nach dem Inkrafttreten der E.-O. zu machen Gelegenheit hatte, zu berichten. Und im Zusammenhange damit werde ich kritische Bemerkungen zu den einzelnen Punkten, wie sie sich an der Hand der in Betracht kommenden Paragraphen der E.-O. nacheinander ergeben, vorzubringen haben. Daß sich dabei die Notwendigkeit ergeben wird, eine oder die andere Frage, deren eingehende Erörterung, wie bereits gesagt, nicht meine Aufgabe ist, doch wenigstens zu streifen, liegt auf der Hand.

Selbstverständlich konnte es nicht meine Absicht sein, nur meine eigenen Erfahrungen und Ansichten vorzubringen, schon deshalb nicht, weil die von mir geleitete Anstalt nicht zu den größten gehört und mein einschlägiger Erfahrungsschatz demgemäß von dem anderer Anstaltsleiter weit übertroffen wird, und ganz besonders deshalb nicht, weil ich mir sagen mußte, daß bei der großen Verschiedenheit der lokalen Verhältnisse auch die Einführung und Handhabung der E.-O. mehr oder weniger belangvolle Unterschiede aufgewiesen haben, bzw. noch aufweisen dürfte. Ich habe mich daher an die Direktoren sämtlicher österreichischer Irrenanstalten mit der Bitte um Bekanntgabe ihrer bisherigen Erfahrungen über die E.-O. gewendet. Fast alle Direktoren [1]) haben dieser meiner Bitte entsprochen — es sei mir gestattet, ihnen allen auch an dieser Stelle meinen besten Dank zu sagen — und, da mir noch dazu nicht wenige von ihnen Elaborate zugehen

[1]) Und zwar: Bohnic, Brünn, Dobrzan, Feldhof, Gugging, Hall in Tirol, Iglau, Kosmanos, Kremsier, Kulparkow, Mauer-Öhling, Niedernhort, Pergine, Troppau, Wien-Steinhof, Valduna, Ybbs.



ließen, die von einer geradezu liebevollen Vertiefung in den Gegenstand zeugen, bin ich in den Besitz eines Materiales gelangt, das mir durch seine große Reichhaltigkeit fast Sorgen bereitet hat, insoferne es mir nicht leicht geworden ist, auch nur die wichtigeren Einzelheiten, die von meinen Kollegen berührt worden sind, in meinem Referate durchwegs unterzubringen, und ich andererseits zu befürchten habe, Ihre Geduld, meine sehr geehrten Herren, heute auf eine etwas zu harte Probe stellen zu müssen, obwohl ich bemüht war, mein Referat soviel als möglich zusammenzuschneiden.

Den Hauptteil meiner Ausführungen muß die Besprechung der Einführung und Handhabung des III. Abschnittes der E.-O., d. h. des Abschnittes, der von „gerichtlichen Verfahren bei der Aufnahme in geschlossene Anstalten" handelt, sein. Darnach werden einzelne Bestimmungen anderer Abschnitte der E.-O., die sich auch noch auf das Aufnahme-, bzw. Anhaltungsverfahren beziehen, sowie ganz kurz die eigentliche E.-O., diese jedoch nur vom Standpunkte des Anstaltsarztes, Gegenstand der Erörterung sein.

§ 16.

Die Einrichtung des freiwilligen Eintrittes besteht in der Klosterneuburger Anstalt noch nicht. Gemäß § 16 wird daher dem k. k. Bezirksgerichte Klosterneuburg die Aufnahme eines j e d e n Geisteskranken — in der Regel innerhalb 24 Stunden — angezeigt, und zwar in der Weise, daß im Laufe des Vormittages die Anzeigen der innerhalb der letzten 24 Stunden erfolgten Aufnahmen dem k. k. Bezirksgerichte, gegen Bestätigung in einem separaten Zustellungsbuche, direkt übermittelt werden. In diesem „Zustellungsbuche für Aufnahmsanzeigen" sind die Namen der Zuwächse unter Beifügung der fortlaufenden Journalnummer angeführt, wodurch es dem Direktor ermöglicht ist, sich jederzeit mit einem Blicke davon zu überzeugen, daß wirklich alle Aufnahmen angezeigt sind.

Das Aufnahmsformulare ist genau dem „Beispiele" angepaßt. Unter den Fragepunkten dieses Formulares gibt es zwar etliche, die in der Regel oder doch recht oft zur Zeit, da die Anzeige erstattet werden muß, noch nicht beantwortet werden können, so namentlich die Frage nach den Kindern, nach sonstigen Angehörigen des Aufgenommenen, dann die Frage nach seinem Vermögen — aber ultra posse nemo tenetur —, was wir nicht wissen, sagen wir eben nicht, und das Gericht hat bisher keinen Anstoß an unseren Anzeigen genommen. Was den Punkt: Angabe der Krankheit, betrifft, helfen wir uns in den Fällen, in denen die Krankheitsdiagnose zunächst noch zweifelhaft ist, mit einer einfachen Charakterisierung des Symptomenbildes, schreiben also z. B. Verwirrtheit, Verfolgungswahn, pathologischer Verstimmungszustand.

Auch seitens der anderen Anstalten wird nicht über Schwierigkeiten, dem § 16 zu entsprechen, geklagt. Dies ist um so leichter begreiflich, als den Anstaltsdirektionen auch schon vor dem Inkrafttreten der neuen E.-O. durch das Anstaltsstatut die Anzeige jeder Aufnahme an die „kompetente zivilgerichtliche Personalinstanz" vorgeschrieben war — mit dem einzigen Unterschiede, daß nach dem Statute die Frist von 24 Stunden unter allen Umständen einzuhalten war, während der § 16 der E.-O. die





Frist auf „längstens" 48 Stunden erstreckt. Auch besteht für die Ausfüllung gewisser Rubriken des Anzeigeformulares keine gesetzliche Verpflichtung, wie die vom Justizministerium veröffentlichten „Beispiele" ja überhaupt nur „empfohlen" werden, und ist das Gericht daher in der Lage, von der Forderung dieser Angaben abzusehen.

Daher kann z. B. die Direktion der Anstalten „Am Steinhof" erklären: „Die 48-stündige Frist für Aufnahmsanzeigen kann in der Regel eingehalten werden. Dies ist nur dadurch möglich, daß hier die Aufnahmsanzeigen sowie früher ausgefertigt werden und sich der Richter die weiter vorgeschriebenen Angaben über Personalverhältnisse, Vermögensstand u. dgl. bei der Kommission durch Einvernahme der Patienten einholt." Hall in Tirol führt an, daß die Lieferung aller geforderten Daten in wenigstens 20 Prozent der Fälle nicht eingehalten werden kann. „Es wird sodann einfache Meldung von der Aufnahme mit Namensangabe erfolgen, wenn der Kranke nicht genügend verläßlichen Aufschluß zu geben vermag." Niedernhart weist zu diesem Punkte u. a. auf die Schwierigkeiten hin, die daraus erwachsen, daß „immer noch Fälle vorkommen, in denen Kranke ohne genügende Ausweisdokumente eingeliefert werden".

§ 17.

Wie es in den „Erläuterungen" zur neuen E.-O. u. a. heißt, soll das „gerichtliche Verfahren bei Aufnahmen in geschlossene Anstalten" „in kürzester Zeit zu einer materiell richtigen Entscheidung führen" und auch aus anderen Stellen in den „Erläuterungen" geht hervor, daß auf die Beschleunigung des Verfahrens und der Entscheidung besonderes Gewicht gelegt wird. Es war daher auch notwendig, eine diesbezügliche Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen. Ihre Fassung mußte Schwierigkeiten bereiten, da andererseits die Gefahr ins Auge gefaßt werden mußte, daß durch die Festsetzung einer zu kurzen Frist die Gründlichkeit des Verfahrens Schaden leiden könnte. Der betreffende Passus ist demzufolge auch recht vorsichtig ausgefallen; es wird dem Gericht sozusagen bloß nahegelegt, „wenn möglich innerhalb dreier Wochen nach der Anzeige von der Aufnahme des Kranken in die Anstalt über die Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden".

Es sei zugegeben, daß die Normierung einer kürzeren Frist und eine zwingendere Fassung der Bestimmung nicht gut möglich war, wenn mir auch andererseits Sternberg in seinem „Kommentar" doch etwas zu weit zu gehen scheint, wenn er ganz allgemein erklärt, es erscheine ihm „ganz ausgeschlossen, daß innerhalb drei Wochen . . . ein derartiges Verfahren mit der gebotenen Gewissenhaftigkeit und Überlegung durchgeführt werden kann". So arg ist es denn doch nicht; im Gegenteil wird mir wohl jeder Psychiater beistimmen, wenn ich sage, daß die Fälle recht rar sind, in denen die Frage der Zulässigkeit der Anhaltung nicht mit durchaus zureichender Gründlichkeit innerhalb dreier Wochen entschieden werden könnte. Der Anstaltspsychiater — soviel ist sicher — dürfte jedenfalls nicht so lange brauchen! Mit welcher Vehemenz würde die bekannte „Psychiaterhetze" gegen ihn einsetzen, wenn es sich herausstellen sollte, daß er sich erst nach drei Wochen über die Unzulässigkeit der Anhaltung einer ihm überantworteten



Person klarzuwerden vermochte, besonders wenn es sich um einen Fall handelte, in welchem der Laie, der bekanntlich in psychiatrischen Dingen in der Regel weit schneller mit seinem Urteile fertig ist, vom Anfang an die Internierung für nicht gerechtfertigt gehalten hat!

Damit soll nichts gegen die Zweckdienlichkeit des Verfahrens gesagt sein. Jedenfalls ist aber das eine klar, daß das gerichtliche Aufnahmeverfahren, wie es das Gesetz vorschreibt, und jedes Verfahren, so gut es auch immer eingerichtet sein mag, immer nur die Ausdehnung einer ungerechtfertigten Internierung, wenn richtig einmal eine solche vorkommen sollte, über einen schon recht ansehnlichen Zeitraum hinaus unmöglich machen, also nur schon ganz grobe Verstöße in dieser Richtung verhüten könnte, daß aber die wirklich rechtzeitige, d. h. sofortige oder doch möglichst frühzeitige Aufdeckung einer ungerechtfertigten Internierung und die rechtzeitige Entlassung unrechtmäßigerweise internierter Personen aus den Irrenanstalten doch immer der Gewissenhaftigkeit und Sachverständigkeit der Anstaltsärzte, bzw. -leiter anheimgestellt bleiben wird.

Dies tritt noch deutlicher hervor, wenn man die Verhältnisse berücksichtigt, wie sie sich unter der neuen E.-O. tatsächlich herausgebildet haben.

Der Entscheidung des Gerichtes über die Zulässigkeit der Anhaltung hat nach § 18 „eine Untersuchung des Kranken durch einen oder zwei Sachverständige unter Leitung des zur Entscheidung berufenen Einzelrichters des Bezirksgerichtes vorauszugehen".

Schon diese Untersuchung findet, wie ich aus den Angaben der Anstalten entnehme, keineswegs immer „innerhalb dreier Wochen" statt. In einer niederösterreichischen Anstalt „finden die Untersuchungen nicht immer innerhalb dreier Wochen statt und erfolgten speziell im Anfang oft erst nach Monaten". In einer anderen niederösterreichischen Anstalt „finden die Untersuchungen durchwegs in der Regel vier bis sechs Wochen nach der Anzeige statt, manchmal sogar noch später". In einer böhmischen Anstalt kommt es zu den „Untersuchungen in den meisten Fällen später als innerhalb drei Wochen" und in einer oberösterreichischen Anstalt „in den seltensten Fällen während der ersten drei Wochen". In einer anderen böhmischen Anstalt „sind die innerhalb drei Wochen erledigten Fälle in entschiedener Minderheit".

In anderen Anstalten werden allerdings die Untersuchungen durchwegs oder doch fast durchwegs im Verlaufe der drei Wochen erledigt, in einigen, wie z. B. in Klosterneuburg, sogar schon in der Regel innerhalb der ersten 14 Tage, indem die Kommission zweimal im Monate zur Aufarbeitung der Fälle in der Anstalt erscheint.

Mit der „Untersuchung" ist aber das Verfahren noch nicht abgeschlossen. Dies wäre nur dann der Fall, wenn der Richter sofort nach der Untersuchung den Beschluß auf Zulässigkeit oder Unzulässigkeit der Anhaltung fassen und der Anstalt, bzw. dem die Anstalt bei der Kommission vertretenden Arzte offiziell bekanntgeben würde.

Dies ist nun aber nicht der Fall; vielmehr findet an vielen Orten die eigentliche Beschlußfassung erst frühestens mehrere Tage, gewöhnlich beiläufig acht Tage, zuweilen aber auch erst zwei und mehr Wochen nach



der Untersuchung statt, und vergehen nach der Beschlußfassung in der Regel erst wieder 8 bis 14 Tage, bis die Anstalt endlich in den Besitz des schriftlichen Bescheides und damit erst der offiziellen Nachricht über den Beschluß gelangt.

Einige Anstalten können allerdings hinsichtlich Beschleunigung der Abfertigung über ein mehr oder weniger weitgehendes Entgegenkommen des zuständigen Gerichtes berichten. So vor allem die Anstalten „Am Steinhof", in denen „die Kommission die Frage der Zulässigkeit oder Unzulässigkeit sofort entscheidet" und in denen das Resultat bei der Kommission in ein eigenes Buch, das sogenannte Kommissionsbuch, eingetragen wird, die Anstalt in Mauer-Öhling, in der das „Ergebnis der Kommission von den untersuchenden Ärzten in ein sogenanntes Gerichtskommissionsprotokoll eingetragen wird", ferner die oberösterreichische Anstalt in Niedernhart, in der „die Frage der Zulässigkeit sofort bei der Kommission entschieden wird und dadurch, daß ein Anstaltsarzt an der Kommission teilnimmt, zur Kenntnis des Direktors gelangt", endlich die mährische Anstalt in Kremsier, in der „das Resultat der Amtshandlung über die Zulässigkeit der Anhaltung dem bei der Kommission anwesenden Anstaltsfunktionär wohl vom Richter gleich bekanntgegeben, eine Eintragung seitens der Kommission in ein Protokoll in der Anstalt aber nicht vorgenommen wird".

Abgesehen davon, daß auch den eben erwähnten Bekanntgaben des Resultates bei der Kommission der Wert einer offiziellen Feststellung keineswegs zugeschrieben werden darf, dieser vielmehr nur dem schriftlichen Bescheide, der auch den genannten Anstalten erst etwa 14 Tage bis 3 Wochen nach der Kommission zugemittelt zu werden pflegt, beigemessen werden kann, klagen die übrigen Anstaltsleitungen darüber, daß sie sich bis zum Einlangen des schriftlichen Bescheides völlig im unklaren über das Resultat der Untersuchung befinden, oder doch darüber, daß ihnen seitens der Kommission jede Art von Bestätigung des Untersuchungsergebnisses verweigert wird. Dies geschieht übrigens z. B. seitens des k. k. Bezirksgerichtes Klosterneuburg mit dem Hinweise darauf, daß das Untersuchungsergebnis für den Richter keineswegs bindend ist und sich sein Beschluß außer auf das Gutachten der Sachverständigen noch auf andere — zum Teil erst noch zu erwartende — Beweisstücke zu gründen hat, wie ja auch namentlich aus dem § 20 der E.-O. hervorgeht.

Muß man sich mit dieser Auffassung auch selbstverständlich abfinden und demgemäß die Hinausschiebung der Beschlußfassung um etliche Tage nach der Untersuchung für gewisse Fälle als durchaus begründet ansehen, so ist doch andererseits kaum begreiflich, warum die Anstalt nach der Beschlußfassung des Gerichtes wieder erst noch 8 bis 14, und zuweilen noch mehr Tage auf den Bescheid warten müssen soll.

Lautet der Bescheid auf Zulässigkeit der Anhaltung, so kommt er ja freilich immer noch früh genug. Anders aber, wenn er auf Unzulässigkeit geht. Man wird zunächst einmal zugeben müssen, daß es recht merkwürdig aussieht, wenn, wie es in speziellen Fällen geschehen ist, erst 20, 24, ja 29 Tage nach der Untersuchung der auf Unzulässigkeit der Anhaltung lautende Bescheid einlangt, wenn noch dazu ersichtlich wird, daß



der Beschluß schon gut eine Woche vorher gefaßt war. Und wie steht es mit dem Zwecke des ganzen Verfahrens im Einklange, daß infolge derartiger Verzögerungen 35, 36, 39, 40, 46 Tage — ich beziehe mich auf spezielle Fälle — vergehen können, bis endlich die Anstalt den Bescheid erhält, die Anhaltung des N. N. sei unzulässig? Ein Anstaltsleiter bemerkt daher mit Recht: „Wenn die Direktion sie nicht aus eigenem schon früher entlassen würde, würden zweifelhafte Fälle schön lange zuwarten müssen!" So kann es übrigens, wie ganz nebenbei bemerkt sei, auch leicht geschehen — ein solcher Fall hat sich u. a. in Klosterneuburg zugetragen —, daß der Kranke zu der Zeit, da der auf Unzulässigkeit der Anhaltung lautende Beschluß in der Anstalt anlangt, nicht nur bereits entlassen ist — dies ist ja geradezu das gewöhnliche —, sondern sogar schon wieder von neuem in der Anstalt interniert ist. Es ist gar nicht einzusehen, warum es nicht möglich sein sollte, die Kanzleileiter der k. k. Bezirksgerichte dazu zu verhalten, die Anstaltsleitungen „in der Regel innerhalb 24, längstens binnen 48 Stunden" von den Beschlüssen im Anhaltungsverfahren, wenigstens soweit sie auf Unzulässigkeit der Anhaltung lauten, zu verständigen.

Der Anstaltsleiter, der seine Pflicht kennt und tut, wird selbstverständlich in einem Falle, in welchem nach seinem Wissen und Gewissen die Entlassung am Platze ist, diese verfügen, mögen sich die Sachverständigen nun für oder gegen die Zulässigkeit der Anhaltung ausgesprochen haben, und den Bescheid nicht erst abwarten. Hält er aber dafür, daß die Entlassung noch verfrüht wäre, so wird er damit noch zögern, und zwar in manchen Fällen zunächst bis zum Einlangen des Bescheides. Dann aber wird er gezwungen sein, sich die Frage zu stellen, ob seine Bedenken gegen die Entlassung so gewichtig sind, daß er es als seine Pflicht erachten muß, im Sinne des § 24 „gegen den Beschluß, mit dem die Entlassung . . . verfügt wurde", den Rekurs zu erheben, oder ob er sich trotz seiner Bedenken im Sinne des Beschlusses für die Entlassung entscheiden soll. Meistens wird wohl das letztere der Fall sein, zumal der Direktor keine sich bietende „Entlassungsgelegenheit" (vgl. Kosmanos) — und eine solche ist ihm durch die gerichtliche Erklärung der Unzulässigkeit der Anhaltung sicherlich gegeben — vorbeigehen lassen wird. Jedenfalls hat aber in solchen Fällen erst der einlangende Bescheid die Wirkung, daß die betreffende Person tatsächlich entlassen wird, woraus hervorgeht, daß eine möglichst baldige Zustellung des Bescheides an die Anstaltsleitung in der Intention der Verordnung gelegen sein muß.

Die Zahl der in Betracht kommenden Fälle ist, wenn auch keineswegs sehr ansehnlich, doch andererseits auch wieder nicht ganz gering; die Erklärung der Unzulässigkeit der Anhaltung betrifft ja begreiflicherweise fast ausnahmslos hinsichtlich Entlassungsreife zweifelhafte Fälle; wären sie nicht zweifelhaft, so hätte sie der Anstaltsleiter ja aus eigenem schon vor der Untersuchung durch die Kommission entlassen. Der Forderung nach einer möglichst beschleunigten Ausfertigung und Zustellung der Unzulässigkeitsbescheide kommt also eine keineswegs zu unterschätzende Bedeutung zu.

Daß die Umstände ein durchaus entsprechendes Vorgehen ermöglichen, beweist die Methode, wie sie seitens des Gerichtes in Kosmanos gehand-



habt wird. Die Leitung dieser Anstalt berichtet: „Die Gerichtsbeschlüsse werden sofort gefaßt bei der Kommission; die Edikte werden binnen einigen Tagen zugestellt. Über die Unzulässigkeit erhalten wir Nachricht in zwei Tagen. Eine telephonische Mitteilung diesbezüglich nahmen wir nicht zur Kenntnis. Eintragungen ins Hauptprotokoll werden von uns weder verlangt, noch seitens der Kommission „ex commissione" gemacht."

Warum sollte, frage ich, was in Kosmanos geht, nicht auch in anderen Orten möglich sein? —

Das „gerichtliche Verfahren bei Aufnahmen in geschlossene Anstalten" unterbleibt nach § 17, wenn die Aufnahme „durch ein Gericht oder durch den zuständigen Kommandanten im Militärstrafverfahren (§ 221 der Militärstrafprozeßordnungen) verfügt wurde". Der Direktor einer niederösterreichischen Anstalt bemerkt dazu folgendes: „§ 17 der Verordnung wurde in zwei Fällen vom Richter dahin ausgelegt, daß bei Kranken, die wegen eines Verbrechens angeklagt, gerichtsärztlich für unzurechnungsfähig erklärt und nach Einstellung des Verfahrens unter Intervention der politischen Behörde der Irrenanstalt überstellt wurden, nicht mehr über die Zulässigkeit der Anhaltung entschieden werden dürfe. Diese Praxis erscheint bedenklich, da es sich vielfach um Imbezille und Degenerierte handelt, deren Unzurechnungsfähigkeit trotz des Gutachtens der Gerichtsärzte, die oft nicht einmal Fachmänner sind, angezweifelt werden muß."

§ 18.

Nach § 18, Abs. 1, hat, wie erwähnt, der Entscheidung „eine Untersuchung der Kranken durch einen oder zwei Sachverständige vorauszugehen". Die Direktiven dafür, wann ein Sachverständiger „genügt" und wann „ein zweiter Sachverständiger beizuziehen" ist enthalten in § 19, Abs. 2, und 19, Abs. 3. Diese Bestimmungen sollen daher im Zusammenhange mit § 18, Abs. 1, besprochen werden. Sie lauten (§ 19, Abs. 2): „Wenn nach dem der Aufnahme zugrunde liegenden ärztlichen Zeugnis oder dem summarischen Bericht der Anstaltsleitung über die ärztliche Untersuchung in der Anstalt oder nach den sonst vorliegenden verläßlichen Mitteilungen offenbare Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, genügt die Beiziehung eines Sachverständigen." (§ 19, Abs. 3): „Auf Verlangen des Angehaltenen oder dessen Vertreter, oder wenn sich bei der Untersuchung der Fall als zweifelhaft darstellt, ist ein zweiter Sachverständiger beizuziehen."

Welches Verfahren hat sich nun tatsächlich herausgebildet?

Es soll sogleich konstatiert werden, daß es zu einer einheitlichen Norm diesbezüglich keineswegs gekommen ist.

In Brünn, Kremsier, Kosmanos, Hall und anderen Anstalten untersucht grundsätzlich nur ein Sachverständiger. Brünn berichtet speziell: „Nur in einem einzigen Falle intervenierte über Aufforderung des Landesgerichtsrates als Vorsitzender der Kommission neben dem Amtsarzt auch der Primararzt der Abteilung als Sachverständiger. Es handelte sich um eine Dissimulation, mit der sich die Kommission keinen Rat wußte. Sonst wurde nie ein



zweiter Sachverständiger zugezogen." In Kremsier wurden die Kranken mit Ausnahme eines Falles, in dem vom Kuratelsgerichte die Untersuchung durch zwei Gerichtsärzte verlangt wurde, stets nur durch einen Sachverständigen untersucht. Auch in Kosmanos wurde in einem einzigen Falle — unter 399 Fällen! — ein zweiter Sachverständiger beigezogen.

Dieser Vorgang kann nicht der richtige sein; denn es kann nicht angenommen werden, daß in diesen Anstalten gerade nur Fälle von, im Sinne des § 19, Abs. 2, „offenbarer Geisteskrankheit oder Geistesschwäche" zur Untersuchung gekommen sind, abgesehen davon, daß in den Fällen, in denen sich die Kommission für die Unzulässigkeit der Anhaltung ausgesprochen hat, nicht nur keine „offenbare", sondern, wenn das Ergebnis der Untersuchung richtig war, überhaupt keine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorgelegen sein konnte. Nach der allgemeinen Erfahrung ist anzunehmen, daß, wenn schon die Fälle, in denen für die Zulässigkeit der Anhaltung entschieden wurde, durchwegs unzweifelhafter Art gewesen sein sollten, was übrigens auch nicht besonders wahrscheinlich ist, doch die Fälle der Unzulässigkeit zum großen Teile mehr oder weniger „zweifelhaft", im Sinne des § 19, Abs. 3, waren; es sei erwähnt, daß von 23 Personen, deren Anhaltung (in der Zeit vom 1. September 1916 bis 1. September 1917) in der Anstalt zu Kosmanos für unzulässig erklärt worden ist, nach der Ansicht des Direktors 8 sicherlich noch nicht geheilt, bzw. nicht geistesgesund waren und 4 nach einigen Wochen neuerdings zur Aufnahme kamen, was doch einigermaßen dafür spricht, daß wenigstens in diesen Fällen ein zweiter Sachverständiger beizuziehen gewesen wäre.

Daß die eben vorgebrachte Ansicht auch vom Standpunkte des Juristen zu billigen sei, geht u. a. daraus hervor, daß das Landesgerichtspräsidium Graz, wie es in einer Zuschrift des k. k. Oberlandesgerichtspräsidiums Graz an das Präsidium des steiermärkischen Landesausschusses heißt, „die Gerichte dahin belehrt hat, Fälle, in welchen sie die Zulässigkeit der Anhaltung eines Pfleglings in einer Anstalt nicht auszusprechen beabsichtigen, von vornherein als zweifelhaft hinzustellen und daher für derartige Fälle einen zweiten Sachverständigen, und zwar in der Regel in der Person eines Primararztes der Anstalt beizuziehen". Diese Belehrung ist, nebenbei bemerkt, eines der erfreulichen Ergebnisse einer Aktion in Angelegenheit der E.-O., die der besonders rührige und tatkräftige Direktor der steiermärkischen Landesirrenanstalt Feldhof Dr. Hassmann im Interesse seiner Anstalt entfaltet hat, einer Aktion, die dazu führte, daß das k. k. Oberlandesgerichtspräsidium Graz über Ersuchen des steiermärkischen Landesausschusses „behufs Besprechung und Bereinigung der verschiedenen gegenseitigen Beschwerdepunkte", die sich infolge der Handhabung der Durchführung der E.-O. ergeben hatten, eine Konferenz der beteiligten Faktoren einleitete. Gemäß den Beschlüssen dieser Konferenz wurden im Einvernehmen zwischen Landesausschuß und Oberlandesgerichtspräsidium Maßnahmen getroffen, die auch die Billigung des k. k. Justizministeriums (Erlaß vom 5. Juli 1917 Zahl: 16897/17) gefunden haben.

Das andere Extrem stellt das Verfahren in der Anstalt in Niedernhart dar. Dort wurden umgekehrt seit dem Inkrafttreten des Gesetzes alle



Pfleglinge — mit Ausnahme der Militärpfleglinge, welche aus Militärspitälern der Anstalt überstellt werden — von zwei Ärzten, und zwar einem Gerichtsarzt und einem Anstaltsarzt, untersucht. Und in Mauer-Öhling untersuchte nur anfänglich ein Sachverständiger, während jetzt, wie vor dem Inkrafttreten der E.-O., wieder zwei Sachverständige zugezogen werden.

In der Mitte steht z. B. die Anstalt in Dobrzan, in welcher die Untersuchung der Mehrzahl der Fälle von zwei Sachverständigen vorgenommen wird.

Richtig verfahren wird, wie es scheint, in den Anstalten „Am Steinhof", indem „in der Regel jeder Arzt der Kommission allein untersucht" und „nur in schwierigen Fällen der zweite Arzt mit- oder nachuntersucht", und — seit der erwähnten Aktion des Direktors — in der steiermärkischen Anstalt Feldhof. Dr. Hassmann schreibt: „Zu jeder Untersuchung werden jetzt zwei Ärzte (ein auswärtiger und ein Primararzt der Anstalt) berufen. Vom Richter wurde der Anstaltsleiter ersucht, stets jene Fälle ausdrücklich zu bezeichnen, bei denen die Beiziehung eines Sachverständigen genügt. Als Norm gilt dabei, daß es sich da um ganz einfache, klare Fälle handelt, zu deren Beurteilung eine besondere Fachbildung nicht notwendig ist, z. B. vorgeschrittene Paralytiker, senil Demente, Idioten. Es untersucht dann der auswärtige Arzt allein."

Eine ganz eigenartige Methode hat in den Anstalten Gugging und Klosterneuburg Platz gegriffen. Jeder Kommission werden zwei Sachverständige beigezogen, und zwar ein Wiener Landesgerichtspsychiater und ein Anstaltsarzt, und zwar in Klosterneuburg ein Gugginger, und in Gugging ein Klosterneuburger Arzt. Jeder Arzt untersucht eine Hälfte der Fälle. Für die vom Anstaltsarzt erstatteten Gutachten, haftet auch der Wiener Landesgerichtspsychiater mit seiner Unterschrift. Zweifellos hätte dies seinen guten Sinn, wenn vorher die schwierigeren von den weniger schwierigen Fällen gesondert und die ersteren zur Untersuchung durch zwei Sachverständige bestimmt würden, was aber, wie mir mitgeteilt worden ist, nicht geschieht, indem die Fälle vielmehr wahllos der Reihe nach vorgenommen werden. Außerdem erscheint bei dieser Methode der Anstaltsarzt geradezu ostentativ als zum Sachverständigen zweiter Klasse degradiert. Es muß gesagt werden, daß das Gesetz selbst dem Richter nicht das geringste Recht zu einer derartigen Auffassung der Stellung des Anstaltsarztes als zweiter Sachverständiger im Anhaltungsverfahren gibt, einer Auffassung, der übrigens, wie aus den Berichten einiger Anstaltsleiter hervorgeht, die Richter auch an anderen Orten zuneigen. Die Bestimmung des § 19 (Abs. 1), nach welcher „ein Arzt der öffentlichen Irrenanstalt" nur „als zweiter Sachverständiger zugezogen werden kann", hat nur den Sinn, daß ein solcher Arzt nicht als alleiniger Sachverständiger bestellt werden darf, nicht aber den, daß er, wenn bestellt, als Sachverständiger zweiter Klasse anzusehen wäre.

Bemerkt sei noch, daß einige Anstaltsleiter anführen, daß man mit der Annahme nicht fehlgehen dürfte, daß es vor allem ökonomische Erwägungen sind, von welchen sich die Richter bei der Entscheidung, ob ein oder zwei Sachverständige zu bestellen, leiten lassen. —

Nach § 18, Abs. 2, steht dem von der politischen Landesbehörde



etwa abgeordneten Sanitätsorgan das Recht zu, an der Untersuchung des Kranken durch Fragen an den Kranken und an die Sachverständigen teilzunehmen. Von diesem Rechte wurde nur in ganz wenigen Anstalten Gebrauch gemacht. „Im Anfange sehr oft" nur in der schlesischen Landesirrenanstalt Troppau. In den Anstalten „Am Steinhof" und Kosmanos ist ein Vertreter der politischen Landesbehörde einmal, in Gugging und Klosterneuburg zweimal, in den übrigen Anstalten, von denen ich Berichte erhalten habe, nie bei den Untersuchungen erschienen [1]. —

Zu § 18, Abs. 3, ist zu bemerken, daß die „psychiatrische Bildung und Erfahrung" des für die Untersuchungen bestellten Sachverständigen an manchen Orten einiges, an anderen sogar sehr viel zu wünschen übrig läßt, was sich daraus erklärt, daß dann, wenn nur ein Sachverständiger bestellt wird, ein Anstaltsarzt nach § 19 nicht in Betracht kommen kann, außer den Anstaltsärzten aber in der betreffenden Gegend oft kein Arzt mit zureichenden psychiatrischen Kenntnissen zu finden ist.

[1] Was das von der politischen Landesbehörde „etwa abgeordnete Sanitätsorgan" (§ 18, Abs. 2) betrifft, herrscht in manchen Punkten nicht die erwünschte Klarheit. Vor allem ist nicht recht zu entnehmen, welche Persönlichkeit damit eigentlich gemeint ist. Jedenfalls ein Landessanitätsbeamter, also Landessanitätsinspektor, Oberbezirksarzt oder Bezirksarzt. Nun ist aber noch in § 24, Abs. 1 und Abs. 2, sowie in § 65, Abs. 1, von einem „Sanitätsorgane" die Rede, das aber an diesen Stellen als „das bei der politischen Landesbehörde zur Irrenpflege bestellte Sanitätsorgan" bezeichnet wird. Aller Wahrscheinlichkeit nach — ganz sicher kann dies aber nicht behauptet werden! — ist dieses Sanitätsorgan mit dem im § 18, Abs. 2, gemeinten identisch. Dann handelt es sich aber auch dort nicht um ein Sanitätsorgan schlechtweg, sondern eben um ein speziell „zur Irrenpflege bestelltes" Sanitätsorgan. Solche Sanitätsorgane gibt es aber bei den Landesbehörden nicht, wenigstens noch nicht. Kalmus (Die neue Entmündigungsordnung, „Der Amtsarzt" 1916, Nr. 10—12) sagt daher vielleicht mit Recht: „Es liegt die Vermutung nahe, daß die hier besprochenen Bestimmungen der §§ 18 und 24 gewissermaßen Zukunftsmusik darstellen sollen, daß mit ihnen einem eigentlichen Irrenfürsorgegesetz vorgearbeitet werden soll." In dem bereits vorliegenden Entwurfe eines solchen Gesetzes „ist nämlich die Einrichtung eines Irreninspektors bei der politischen Landesbehörde, bzw. eines psychiatrischen ‚Ministerialinspektors' zur obersten Leitung der psychiatrischen Sanitätsangelegenheiten vorgesehen." — Über die Funktion des in Rede stehenden Sanitätsorganes unterrichten uns die „Erläuterungen". Zu § 18, Abs. 2, wird bemerkt: „Von der Untersuchung des Kranken soll die politische Landesbehörde in Kenntnis gesetzt werden, um ihr die Gelegenheit zu geben, ein Sanitätsorgan zur Untersuchung zu entsenden und durch Fragestellung an den Kranken und an die Sachverständigen das öffentliche Interesse an der Anhaltung wirklich geisteskranker und pflegebedürftiger Personen in der Anstalt zu wahren." Und zu § 65, Abs. 1, wird u. a. ausgeführt, daß dem Sanitätsorgane „der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung in einer Irrenanstalt, mag er die Zulässigkeit bejahen oder verneinen", zuzustellen ist, „um der politischen Ver-



Aus einer Anstalt in Galizien wird mir berichtet: „Unter den externen Sachverständigen ist keiner ein Psychiater von Fach und nur einer verfügt über psychiatrische Erfahrung. Die anderen sind weder theoretisch noch praktisch ihrer Aufgabe gewachsen. Ihre Gutachten haben auch die Richter nicht zufriedengestellt, so daß sich die Teilnahme der Anstaltsärzte als zweite Sachverständige als Notwendigkeit erwiesen hat."

In einer großen böhmischen Anstalt werden der Reihe nach alle sechs auswärtigen Ärzte herangezogen, obwohl, wie der Direktor sagt, bloß ein einziger von ihnen die gesetzliche Eignung dazu hat. Und dabei wird dort immer nur ein Sachverständiger bestellt. In einer niederösterreichischen Anstalt fungiert als „Sachverständiger" ein Arzt, der gelegentlich in den, wie der Direktor mit Recht sagt, „geradezu rührend-naiven Klageruf" ausbrach: „Von Psychiatrie versteh' ich ja nichts, aber Sachverständiger soll ich sein!" [1])

Wie es unter Umständen um die Argumente bestellt ist, mit denen sich der Richter über den gegebenenfalls erhobenen Einwand der unzureichenden Fachbildung eines Sachverständigen hinwegsetzt, geht u. a. aus

---

waltung die Anrufung der Rekursinstanz zur Wahrung der öffentlichen Interessen offen zu halten, sei es, daß diese auf dem Gebiete der Medizinalpflege oder der Wohlfahrtspflege oder auf dem Gebiete der öffentlichen Sicherheit liegen." Nach alledem ist die Aufgabe des „Sanitätsorganes" eine nicht unwichtige; darum ist es aber auch wieder nicht recht begreiflich, warum im § 18, Abs. 2, bloß von einem Rechte und nicht vielmehr von einer Pflicht des „Sanitätsorganes", an der Untersuchung des Kranken teilzunehmen, gesprochen wird. Wer wahrt denn, wenn das „Sanitätsorgan" nicht erscheint — und dies ist ja die Regel — dieses wichtige „öffentliche Interesse"? Allerdings läßt nun § 24, nach welchem u. a. auch „dem bei der politischen Landesbehörde zur Irrenpflege bestellten Sanitätsorgan" das Recht des Rekurses „gegen den Beschluß über Anhaltung in einer Irrenanstalt" zusteht — wie die „Erläuterungen" wieder sagen: „aus Gründen der öffentlichen Sicherheit" —, auch die Deutung zu, daß das „Sanitätsorgan" von diesem Rechte „nicht nur in den Fällen, in welchen es bei der psychiatrischen Untersuchung interveniert hat", sondern ganz allgemein Gebrauch machen kann (Kalmus). Dazu ist aber wieder zu bemerken, daß dem „Sanitätsorgane" allerdings nach § 65, Abs. 1, „der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung" zuzustellen ist, daß ihm aber damit für den in Rede stehenden Zweck keineswegs gedient ist, da aus der „Begründung" des Beschlusses in der Regel nichts Genaueres über die Natur des Falles zu entnehmen ist.

[1]) Der Direktor in Valduna erwähnt: „Die seltene Heranziehung eines Anstaltsarztes zur Begutachtung hat schon öfters unrichtige richterliche Beschlüsse im Verfahren nach sich gezogen, weil der bestellte Gerichtsarzt nicht die Qualifikation eines psychiatrischen Sachverständigen hat. Um den Angehörigen der Kranken Unkosten durch ein falsches Gutachten zu ersparen oder den Kranken vor einer voreiligen Kuratelsverhängung zu bewahren, erteilt die Direktion auf Anfrage stets Auskunft über voraussichtliche Dauer und Heilbarkeit des Leidens."



der Begründung des Beschlusses hervor, mit welchem in einem Falle von Widerspruch für die Aufrechterhaltung des angefochtenen Beschlusses entschieden worden ist. Obwohl es sich um Widerspruch gegen Entmündigung, nicht gegen Anhaltung handelte, kann dieser Fall hier erwähnt werden, da nach § 33 der E.-O. die §§ 18, Abs. 1 und 3, und 19, welche eben von den Sachverständigen und ihrer Qualifikation handeln, auch „auf diese Untersuchung entsprechend anzuwenden sind". Das betreffende Kreisgericht sagt nun folgendes: „Was aber zunächst die Ärzte anlangt, so sind sie gewiß im Besitze der erforderlichen Bildung und Erfahrung, weil sie als ständige Gerichtsärzte bereits wiederholt Gutachten über Geisteserkrankungen oder Zustände, die nach den bisherigen Gesetzen die Verhängung der Kuratel zur Folge hatten, abgegeben haben." Ich weiß nicht, ob die Tatsache, daß ein Arzt bereits wiederholt Gutachten über Geisteserkrankungen abgegeben hat, schon beweist, daß er über „psychiatrische Bildung und Erfahrung" in dem von § 18, Abs. 3, gemeinten Maße verfügt, glaube auch nicht, daß sich die Richter dieses Argument allgemein zu eigen machen werden. Dagegen spricht das Kreisgericht mit einem anderen „Grunde" in dem erwähnten Beschlusse, nach vielen anderen Wahrnehmungen zu urteilen, vielen Richtern geradezu aus der Seele; es heißt nämlich weiter: „Das Gutachten der Ärzte hat überdies nach der Anschauung des Gerichtshofes jetzt keineswegs eine höhere Bedeutung als früher, ja eher eine geringere. Denn, wenn § 33, Abs 1 E.-O., sagt, daß über die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht ohne vorausgegangene Untersuchung durch einen oder zwei Sachverständige entschieden werden dürfe, so bedeutet dies, daß das Gericht auf den Rat der Ärzte zwar nicht verzichten soll[1]), nicht aber ausschließlich durch ihn sich bestimmen lassen müsse. Hiedurch verliert auch besprochene Vorschrift über die Erfordernisse der Ärzte an ihrer Strenge." — Sapienti sat!

§ 19.

Nach § 19, Abs. 1, „soll zum Sachverständigen in der Regel ein Amts- oder Gerichtsarzt bestellt werden; als zweiter Sachverständiger kann auch ein Arzt der öffentlichen Irrenanstalt zugezogen werden". Diese Fassung ist auf Grund des Berichtes des Justizausschusses (1352 der Beil., XXI. Session, 1912) über die Regierungsvorlage (Nr. 35, XXI. Session, 1911) an die Stelle einer Bestimmung im § 23 dieser Vorlage getreten, nach welcher Ärzte der Anstalt, in der sich der Angehaltene befindet, als Sachverständige überhaupt ausgeschlossen gewesen wären.

Dem wohlmotivierten [2]) Abänderungsantrage der Landesausschüsse und Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten (Petitionen vom 21. März 1912), nach

---

[1]) Der zitierte Richter ist also, wie man sieht, nicht weit davon entfernt, die Bestimmung, nach welcher der Entmündigung eine Untersuchung durch Sachverständige vorauszugehen hat, als eine bloß „instruktionelle" Vorschrift anzusehen.

[2]) Vgl. Hermann, Seite 228.



welchen stets zwei Sachverständige, und zwar als zweiter, „insoferne es sich um die Anhaltung in einer öffentlichen Irrenanstalt handelt, ein Arzt dieser Anstalt als Sachverständiger beizuziehen" gewesen wäre, ist der Justizausschuß in seinem revidierten Beschlusse (Nr. 1838 der Beil., XXI. Session, 1913) und demgemäß auch die kaiserliche Verordnung, die sich, wie es in den Vorbemerkungen heißt, an die revidierten Beschlüsse des Justizausschusses hält, nicht entgegengekommen.

Es soll ohneweiters zugegeben werden, daß es, wie der Justizausschuß ausführt, genug Fälle gibt, in denen ein Sachverständiger vollkommen genügt, da die Geisteskrankheit offenbar ist und es wird auch gegen die Bemerkung des Justizausschusses im allgemeinen nichts einzuwenden sein, daß „auch dann, wenn zwei Ärzte an der Untersuchung teilnehmen", „keinesfalls ein sachlicher Grund besteht, einem geeigneten auswärtigen Arzte einen Anstaltsarzt vorzuziehen". Andererseits wird aber doch nicht zu leugnen sein, daß die Landesausschüsse recht hatten, wenn sie sich von der obligatorischen Beiziehung eines Anstaltsarztes, „der die Kranken durch Beobachtung kennen gelernt hat", einen Vorteil für die Expertise erwartet haben.

In welcher Richtung dieser Vorteil ganz besonders zu suchen sei, ist allerdings erst, seitdem die neue E.-O. Geltung hat, zu erkennen gewesen. Wenn ich auf diesen Punkt näher eingehen will, obwohl ich damit Gefahr laufe, mir wieder einmal da oder dort Mißfallen zuzuziehen, so tue ich es, weil mir seine nicht geringe Bedeutsamkeit für die ganze Frage, namentlich seit der Entgegennahme der Berichte der Anstaltsleitungen, völlig klar geworden ist.

Das Anhaltungsverfahren ist seinem Wesen nach eine Kontrolleinrichtung, die sozusagen in dem Richter, unter dessen Leitung die Untersuchung des Kranken vor sich geht, personifiziert ist. Wie nun jedes Kontrollorgan mehr oder weniger deutlich bewußt etwas „finden" will — wodurch sich die Kontrolle ja sozusagen erst als berechtigt erweist —, so ist auch der Richter bei dieser Untersuchung in der Regel, kurz gesagt, mehr auf „Unzulässigkeit" eingestellt, — ganz abgesehen davon, daß der Laie in der Regel an und für sich schon zu dieser Einstellung geneigt ist und so auch der Richter, der ja, wie einmal im Justizausschusse ganz gut gesagt worden ist, „in bezug auf die Konstatierung des Krankheitszustandes gleichsam das Laienelement repräsentiert". Man glaube nun nicht, daß diese Einstellung des Richters stets ohne Einfluß auf das Ergebnis der Untersuchung ist! Selbstverständlich ist sie es dann nicht, wenn die Sachverständigen gewiegte Psychiater sind, die ihren sicheren Standpunkt mit entsprechender Autorität zu vertreten wissen. Aber solche sind eben nicht immer da; ich verweise diesbezüglich auf das zum § 18, Abs. 3, bereits Gesagte. Am besten steht es in der Provinz noch um die psychiatrischen Kenntnisse bei einigen Amtsärzten; aber gar weit reichen sie in der Regel auch bei diesen Ärzten nicht, sie genügen in der Regel gerade zur Ausstellung eines Aufnahmspareres in klarliegenden Fällen, — von einer sicheren, zu einer wirklich sachverständigen Beurteilung halbwegs schwieriger Fälle ausreichenden Beherrschung der Materie ist aber gewöhnlich nicht die Rede. Die Folge ist eine gewisse Zaghaftigkeit und Unsicherheit der Entscheidung, welche dem



Richter, bzw. der erwähnten ihm eigenen Tendenz ein oft ausschlaggebend werdendes Gewicht zufallen läßt, zumal sich der Richter keineswegs überall die Reserve auferlegt, die ihm bei seiner Laienhaftigkeit in psychiatrischen Dingen geboten wäre, sondern es an manchen Orten für richtig findet, dem Gange der ärztlichen Untersuchung durch „beständiges Dreinreden", wie ein Direktor anführt, die von ihm gewünschte Richtung zu geben, und überaus großen Wert nicht nur auf die „eigene Vernehmung", sondern auch gelegentlich „auf die kritische Beleuchtung des ärztlichen Untersuchungsergebnisses" (!) legt.

So kommt es, daß seit der Geltung der neuen E.-O. vorzeitige, bzw. ungerechtfertigte Entlassungen in einer der Berücksichtigung würdigen Zahl vorkommen. Es soll nicht geleugnet werden, daß vorzeitige, bzw. unzeitige Entlassungen auch schon früher vorgekommen sind, es soll vielmehr zugegeben werden, daß auch früher ab und zu seitens der Gerichtskommission Personen für gesund, bzw. geheilt erklärt worden sind, die es nicht waren, abgesehen davon, daß auch der Anstaltsleiter, der ja immer auch aus eigenem auf die möglichst baldige Entlassung bedacht ist und dabei oft ein recht großes Risiko nicht scheut, in dieser Hinsicht sicherlich manchen Fehlgriff gemacht hat; aber seit dem Inkrafttreten der E.-O. haben sich die Fälle, in welchen der Anstaltsleiter durch die Erklärung der Unzulässigkeit der Anhaltung zur vorzeitigen Entlassung geradezu gedrängt wird, falls er nicht in jedem einzelnen Falle den widerwärtigen Weg des Rekurses einschlagen will, auf Grund des eben berührten Verhältnisses — daß noch ein anderer Grund in Betracht kommt, wird später zu zeigen sein — entschieden vermehrt.

Es berichtet z. B., wie bereits gelegentlich erwähnt, der Direktor einer größeren böhmischen Anstalt, daß unter den 23 „Unzulässigkeits"erklärungen, die in dieser Anstalt im ersten Jahre der Wirksamkeit des Gesetzes vorgekommen sind, acht zu vorzeitiger Entlassung geführt haben, darunter Fälle von Melancholie, Dementia praecox usw. „Bei drei derartigen Fällen erfolgte nach wenigen Wochen die Wiederaufnahme. Die Zahl der Verpflegstage hat sich hiemit vermindert, wodurch dem Landesfonds ein unerheblicher Vorteil erwuchs; die Patienten kamen aber in Nachteil; einem vierten wurde die Entlassung verhängnisvoll, er mußte sofort einrücken, wurde schon während des Transportes nach Ungarn rückfällig, zuerst dem Garnisonsgericht, dann der Beobachtungsstation übergeben. In erschöpftem Zustande kam er in die Anstalt zurück und starb an Inanition innerhalb 48 Stunden." Der Direktor fährt fort: „Die Schicksale der sechs Militärpersonen, die von den Militärbehörden für anstaltsbedürftig befunden, hier gerichtlich jedoch entweder für gesund oder nicht anhaltungsbedürftig (! Ref.) erklärt wurden, sind uns nicht bekannt."

Der Direktor der Anstalt Feldhof berichtet aus der Zeit vor der bereits erwähnten Konferenz: „Die gerichtsärztliche Expertise befand sich im allgemeinen auf keinem hohen Niveau. Unter dem Drucke des zur Eile mahnenden Richters waren die Untersuchungen der Kranken nicht eingehend, sie erwiesen sich als unzulänglich, indem objektive Zeichen des Krankheitsbildes nicht beachtet wurden und gewöhnlich der flüchtige Eindruck, den der



Pflegling während der nur einige Minuten dauernden Untersuchung hervorrief, dafür maßgebend war, um die Aufgabe des Sachverständigen: die Festsetzung der Diagnose, der Prognose und des Grades der Handlungsfähigkeit, restlos zu lösen. Es kamen deshalb Fälle vor, wo die Anhaltung zweifellos Geisteskranker als unzulässig bezeichnet wurde, was bei sorgfältiger Untersuchung gewiß unterblieben wäre. Die Direktion hat daher gegen eine psychiatrische Sachverständigentätigkeit, die aus Mangel praktischer Erfahrung zu Mißgriffen führte, Protest erhoben. Das Gericht hat aber die geäußerten Bedenken als unangebracht und auf die Wahl des Sachverständigen als einflußlos zurückgewiesen." Erst bei der „Konferenz" hat Dr. Hassmann seinen Willen dann doch durchgesetzt.

Angesichts der Fälle ungerechtfertigter Entlassung durch die Kommission — eine ausführlichere Darstellung der einschlägigen Fälle glaube ich Ihnen, meine Herren, und mir ersparen zu können — ist, wie ich glaube, ein ne quid nimis! am Platze. Es ist geboten, in der guten Absicht, zu verhüten, daß ja nicht etwa ein Genesender um einen Tag länger als nötig in der Anstalt zurückgehalten werde, nicht so weit zu gehen, daß man einen noch Kranken aus der Anstalt weist und dadurch unter Umständen in Gefahr bringt. Nicht nur der Schutz Gesunder gegen ungerechtfertigte Beschränkung der persönlichen Freiheit, sondern auch der Schutz noch Kranker vor den Gefahren, die ihm aus einer vorzeitigen Entlassung erwachsen könnten, also kurz gesagt, der Schutz des Kranken vor der Freiheit, muß im Auge gehalten werden. Und diese Forderung muß um so lauter erhoben werden, als die E.-O. die aus dem gesamten Komplexe des Irrenwesens herausgerissenen Fragen der Anhaltung in Anstalten und der Entmündigung in durchaus einseitiger Weise regelt und nichts enthält, was auf die Notwendigkeit der Wahrung des erwähnten zweiten Gesichtspunktes hinwiese.

Aus diesem Grunde nun muß ich die Zuziehung eines Anstaltsarztes, und zwar womöglich eines Anstaltsarztes, der den zu Untersuchenden genau kennt, und daher aus seiner eigenen Erfahrung die Krankengeschichte, wo es nottut, zu ergänzen und gegebenenfalls, zur Verhütung eines irrigen Beschlusses, das Weiterbestehen von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nachzuweisen, bzw. zu betonen in der Lage ist, also am besten, wie es in Niedernhart geschieht, die Zuziehung eines Arztes derjenigen Abteilung, auf welcher der Kranke untergebracht ist, für empfehlenswert, ja unter Umständen geradezu für geboten erachten.

Der Einwand der Befangenheit der Anstaltsärzte ist durchaus ungerechtfertigt, da, wie ja auch der Regierungsvertreter, der damalige Sektionschef Dr. Schauer, gelegentlich im Justizausschusse bemerkt hat, „die öffentlichen Anstalten kein Interesse haben, einen Geisteskranken festzuhalten". Wie reimt sich übrigens auch mit dem Argumente der angeblichen Befangenheit der Anstaltsärzte die Tatsache zusammen, daß „als zweiter Sachverständiger auch ein Arzt der öffentlichen Irrenanstalt zugezogen werden kann", besonders wenn man bedenkt, daß nach § 19, Abs. 3, die Zuziehung eines zweiten Sachverständigen u. a. dann zu erfolgen hat, „wenn sich bei der Untersuchung der Fall als zweifelhaft darstellt", das heißt also, wenn



der Fall so liegt, daß gerade jegliche Art von Befangenheit ausgeschlossen sein muß?

Man wird vielleicht sagen wollen: Wenn in „zweifelhaften" Fällen, wie erwähnt worden ist, ohnehin ein Anstaltsarzt beigezogen werden kann, bzw. beigezogen wird, so ist der eben vorgebrachten Forderung ja schon entsprochen. Dagegen muß aber eingewendet werden, daß erstens die Zuziehung eines Anstaltsarztes und überhaupt eines zweiten Sachverständigen in zweifelhaften Fällen keineswegs überall und regelmäßig erfolgt, was schon daraus hervorgeht, daß in der erwähnten Anstalt, in welcher unter 23 Unzulässigkeitserklärungen des ersten Jahres nach Ansicht des Direktors vorzeitige vorgekommen sind, bis jetzt in einem einzigen Falle ein Anstaltsarzt als zweiter Sachverständiger beigezogen worden ist, zweitens daß es zur Konstatierung der Zweifelhaftigkeit eines Falles, als der Voraussetzung der Zuziehung eines zweiten Sachverständigen, wenn sie der Kommission überlassen bleibt und nicht etwa, wie neuerdings in Feldhof, demjenigen übertragen wird, der allein darüber schon im voraus urteilen kann, nämlich dem Anstaltsarzt, bzw. dem Anstaltsleiter, in nicht wenigen Fällen von tatsächlicher Zweifelhaftigkeit überhaupt gar nicht kommt, weil z. B. ein Melancholiker, dessen Affektstörung im Abklingen ist und der, weil er gerade einen guten Tag hat, seine Verstimmung geschickt zu verbergen weiß, vom Sachverständigen als zweifellos genesen angesehen wird. —

Zu § 19, Abs. 3, wäre nur zu bemerken, daß, soweit meine Nachrichten reichen, bisher in keiner Anstalt ein Fall der Beiziehung eines zweiten Sachverständigen „auf Verlangen des Angehaltenen oder dessen Vertreters" vorgekommen ist.

§ 20.

§ 20, Abs. 1, ist geeignet, uns einen Begriff von dem Umfange der Arbeit zu verschaffen, mit der der Richter „zur Beurteilung des Geisteszustandes der Angehaltenen" beizutragen hat.

Was den Effekt betrifft, scheint er mir wenig erheblich zu sein. Ich habe Gelegenheit gesucht und gefunden, in eine ganz erkleckliche Zahl von einschlägigen Akten Einblick zu nehmen, und habe dabei auch nicht selten Protokolle über Vernehmungen von Zeugen und Auskunftspersonen vorgefunden. Auf Grund dieser Erfahrung muß ich sagen, daß ich nicht glauben kann, daß je einmal ein Sachverständiger aus einem derartigen Protokolle irgend einen Gewinn für seine Aufgabe gezogen hat, was ja leicht begreiflich ist, da die Vornahme diesem Zwecke dienlicher Erhebungen psychiatrische Sachkenntnis zur Voraussetzung hat. Manchmal enthält ja ein solches Protokoll ein Körnchen Brauchbares, aber dann meist versteckt in einem Wust leeren Geredes.

Eher wäre noch an einen Erfolg zu denken bei Vernehmungen von Auskunftspersonen über bestimmte, von den Sachverständigen formulierte Fragen.

Zu § 20, Abs. 2, wäre zunächst zu bemerken, daß eine Reihe von Anstalten über allzu große Inanspruchnahme durch die Forderung des Richters nach Krankheitsgeschichtsabschriften klagt. In anderen Anstalten werden



dagegen solche Abschriften in verschwindend seltenen Fällen oder überhaupt nicht verlangt. Ein beiläufiger Überblick scheint zu lehren, daß im allgemeinen die Menge der geforderten Krankheitsabschriften im umgekehrten Verhältnisse zum Maße der psychiatrischen Versiertheit der Sachverständigen steht, was übrigens leicht zu begreifen ist, denn der wenig versierte „Sachverständige" muß sich auf die Untersuchung vorbereiten, sich die Fragen, die er bei der Untersuchung an den Kranken richten wird, an der Hand der Krankengeschichte zurecht legen u. dgl., während der versierte Psychiater dieser Hilfe entraten kann.

Daß den nicht oder doch zu wenig psychiatrisch erfahrenen Sachverständigen die Krankengeschichte oft in einem Maße als Unterlage für die ganze Untersuchung dient, das in seiner Ausgiebigkeit als geradezu unvereinbar mit der Bestimmung des Anhaltungsverfahrens als Kontrolleinrichtung erscheinen muß, sei bloß nebenbei erwähnt. Dagegen muß auf ein sich auf die Art der Verwendung der Krankengeschichte bei der Untersuchung beziehendes Gravamen einer ganzen Reihe von Anstaltsleitungen näher eingegangen werden.

Auch schon vor dem Inkrafttreten der E.-O. ist es ab und zu einmal vorgekommen, daß nach der Kommission der eine oder andere Kranke erregt klagte, nur die Anstaltsärzte hätten es mit ihrer Krankengeschichte verschuldet, daß er in der Anstalt bleiben müsse. Solche Fälle waren jedoch selten, da sich die Richter als Kommissionsleiter eine gewisse Reserve aufzuerlegen pflegten. Seit dem Inkrafttreten der E.-O. ist aber aus diesem früher kleinen Übelstand an manchen Orten eine wahre Plage geworden. Uneinsichtige Sachverständige lesen den Kranken aus seiner Krankengeschichte, die sie beständig vor sich liegen haben, manchmal so, daß der Kranke, wenn er will, bequem mitlesen kann, mehr oder weniger lange Stellen vor — darunter Äußerungen, die der Kranke seinerzeit dem Anstaltsarzte gegenüber vermeintlich im Vertrauen gemacht hat —, besonders oft in der Absicht, den Kranken, der vor der Kommission zu dissimulieren bestrebt ist und dem sie auf andere Weise nicht beizukommen verstehen, zur Preisgabe seiner Wahnideen zu veranlassen, — und nehmen so den Kranken in oft kaum mehr korrigierbarer Weise gegen den Anstaltsarzt, zu dem doch der Kranke vor allem Vertrauen haben soll, ein, ganz abgesehen davon, daß sie dadurch, daß sie dem Kranken das Parere vorhalten, den Amtsarzt, der diese ausgestellt hat, ins Gedränge bringen, daß sie dadurch, daß sie den Kranken in die Angaben über seine Gewalttätigkeit, welche etwa seine Gattin, seine Kinder usw. zur Anamnese gemacht haben, einweihen, diese nicht selten in Gefahr bringen, daß sie endlich durch den Hinweis auf die Berichte des Pflegepersonales das Verhältnis des Kranken zu diesem für die Zukunft trüben, ja zuweilen geradezu unleidlich gestalten. Und zu alledem kommt dann noch der Richter, der im Gefühle seiner ihm durch die E.-O. zuteil gewordenen Befugnis nunmehr nicht selten persönlich darangeht, den Angehaltenen zu untersuchen, obwohl er begreiflicherweise von der Technik des Verkehres mit Kranken zumeist keine Ahnung hat oder sie doch nur in durchaus unzureichendem Maße beherrscht und daher nicht selten gegen die primitivsten Forderungen der Irrenpflege dabei verstößt!

Der Anstaltsleiter ist solchen Vorkommnissen gegenüber ganz machtlos. Die E.-O. enthält nicht die Spur eines Hinweises darauf, daß die Mitglieder der Untersuchungskommission auch daran zu denken haben, daß sie es — in der Regel wenigstens — mit geisteskranken Personen zu tun haben, die nicht unnötigerweise beunruhigt, behelligt, gegen ihre Angehörigen, Pfleger, Ärzte aufgereizt werden dürfen, vielmehr soweit nur möglich geschont und in ihrem Zutrauen zu den Personen, die sich um sie zu sorgen haben, bestärkt werden sollen.

Sollte es wirklich notwendig sein, zu dem Mittel zu greifen, über welches der Direktor einer böhmischen Anstalt berichtet: „Wir üben in dem Eintragen in die Krankengeschichte jetzt Vorsicht und geben nicht alle unsere Ermittlungen, wie sich's gehörte, preis"?

§ 21.

Die Bestimmung: „Der Richter hat den Angehaltenen persönlich zu vernehmen," wird von den Richtern gewöhnlich dahin aufgefaßt, sie hätten nach der Untersuchung des Angehaltenen durch die Ärzte außerdem noch persönlich zu vernehmen.

Die Vernehmung des Angehaltenen durch den Richter erfolgt oft in der Art, daß sie den Eindruck einer Kontrolle des Sachverständigen durch den Richter macht. Daher faßt der Direktor einer größeren mährischen Irrenanstalt seinen Bericht über diesen Punkt, wie folgt: „Der Nichtfacharzt kontrolliert den Facharzt und der Laie, der Richter, wieder jenen. Dadurch ist natürlich für Wahrung der persönlichen Freiheit am sichersten gesorgt." Von einigen Anstaltsleitern wird hingegen betont, daß die Vernehmung durch den Richter eine reine Formalität sei, die man lieber beiseite lassen sollte, zumal nicht selten Schaden damit angerichtet wird, der daraus entspringt, daß der Kranke die Situation verkennt, den Richter für einen Strafrichter hält, der ihn nicht vernimmt, sondern verhört, und daher um so leichter in Erregung gerät. Besonders im Anfang ist dieser Übelstand an manchen Orten unangenehm fühlbar geworden. „Mit der Zeit kommt Erfahrung und so haben sich in der Folge die anfänglichen Verstöße, Indiskretionen und Beunruhigungen im allgemeinen vermeiden lassen."

Meine eigene Ansicht über die Vernehmung des Angehaltenen durch den Richter deckt sich beiläufig mit der eines Anstaltsleiters, der darüber folgendes ausführt: „Meines Erachtens hätte sich die persönliche Vernehmung durch den Richter auf die Feststellung der Identität und der Personalien des Untersuchten zu beschränken, sich über sein Verhältnis zu den Angehörigen und seine etwaigen Wünsche, betreffend die Person des Kurators oder Beistandes, zu orientieren, und könnte die richterliche Intervention für den Anstalts-, wie für den Gerichtsarzt noch dadurch wertvoll werden, daß er ihnen gerichtsordnungsmäßig erhobene Daten aus dem Akte zur Verfügung stellt, die beiden bis dahin nicht zugänglich waren. Wenn er sich aber auf das Feld der Psychiatrie begibt, dürfte er kaum am Platze sein und insbesondere dann regelmäßig den kürzeren ziehen, wenn er es mit Ärzten zu tun hat, die halbwegs sattelfest in ihrer Sachverständigkeit, sowie unabhängig





und energisch genug sind, ihren Standpunkt zu wahren. Leider gebricht es diesbezüglich manchmal in allen drei Belangen."

Was die Vernehmungen von Ärzten und Angestellten der Anstalt betrifft, so sind sie bisher fast ausnahmslos in der Anstalt vorgenommen worden. In Niedernhart sind anfangs „Vorladungen der Ärzte zum Bezirksgerichte zum Zwecke der Zeugeneinvernahme erfolgt; dem Einspruche des Direktors gegen dieses Verfahren wurde stattgegeben und die Einvernehmungen bei Gericht unterblieben hinfort".

Von seinem Rechte des jederzeitigen Zutrittes zu der Anstalt hat der Richter außer der Zeit der angesagten Kommissionen nur in den wenigsten Anstalten, und da nur höchst selten, Gebrauch gemacht. Dagegen berichtet der Direktor der Anstalt in Kosmanos: „Einzelne Gerichtsärzte pflegen Voruntersuchungen vorzunehmen — ohne erhebliche Störung der Anstaltsordnung, jedoch unter Inanspruchnahme des Wartepersonales, was immerhin unangenehm fühlbar wird (Wärtermangel, unpassende Tageszeit)." In der E.-O. sind derartige Voruntersuchungen durch die Sachverständigen nicht vorgesehen.

Beschränkt sich der Richter darauf, seine Vernehmung vor oder nach der Untersuchung des Angehaltenen durch die Ärzte vorzunehmen, so geht die Sache im ganzen noch eher an als dann, wenn er seine Aufgabe, den Angehaltenen persönlich zu vernehmen, dahin auslegt, er habe an der Untersuchung selbst aktiv teilzunehmen. Dann wird sie unter Umständen zu einer wahren Kalamität. Derselbe Anstaltsleiter, den ich eben zitiert habe, sagt darüber folgendes: „Daß das beständige Dreinreden eines Laien die Untersuchung durch den Experten in den meisten Fällen erschweren und verzögern muß, dürfte jedem Praktiker klar sein. Was würde man, um die Analogie einer richterlichen Einflußnahme bei der körperlichen Untersuchung heranzuziehen — sagen wir bei einem durch Stichverletzung erzeugten Pyo-Pneumothorax —, dazu sagen, wenn der Jurist zu Hörrohr, Hammer und Sonde greifen wollte? Man würde es absurd finden! Nicht absurd aber soll es sein, wenn der Richter bei einem im formalen Gedankenablauf, in seiner Dialektik, im Umfang seiner Kenntnisse nicht geschädigten Paranoiker, Katatoniker oder gemeingefährlichen Degenerierten, über dessen geistige Störung, Fühlen, Wollen und Handeln ein paar Minuten laienhaft oberflächlicher Besprechung keinen Aufschluß geben können, geistige Gesundheit, Anhaltungs- oder Entmündigungsbedürftigkeit entscheiden will? Genügt das Aufsagen des Einmaleins dazu, daß der Richter und unter seinem Druck der oben gekennzeichnete Gerichtsarzt, wie es hier tatsächlich geschehen ist, die Entlassung eines ethisch verkommenen, kriminellen Imbezillen beschließen können, den man nach langer Bemühung der Eltern und aller möglichen Behörden endlich in die Irrenanstalt gebracht hat? Und dies gewissermaßen in Opposition zu der ausführlichen schriftlichen Erklärung der Anstaltsleitung, die dringende Anstaltsbedürftigkeit des Pfleglings nachweist!"

Daß die Vernehmung durch den Richter zur Erreichung des Zweckes keineswegs unbedingt erforderlich ist, geht wieder aus dem Berichte des Direktors der Anstalt Feldhof hervor: „In der bereits mehrmals erwähnten

Konferenz wurden die Richter gefragt, was sie denn mit der persönlichen Vernehmung eines Kranken eigentlich bezwecken. Als die Antwort erfolgte, daß sie sich ein Urteil über den Zustand bilden wollen, wurde ihnen klargemacht, daß sie sich eine *maßgebende* Meinung über eine bestehende Geisteskrankheit nicht bilden können. *Es unterbleibt jetzt auch die persönliche Vernehmung.*" — Und es geht auch so!

§ 22.

Der § 22 ist sozusagen der Kern des ganzen Komplexes von Bestimmungen, die das gerichtliche Verfahren bei der Aufnahme in geschlossene Anstalten zum Gegenstande haben. Bezeichnenderweise hat sich auch die Interpretationskunst, die an den übrigen Paragraphen dieses Abschnittes der E.-O. ziemlich glatt vorbeigegangen ist, seiner alsbald bemächtigt und es auch glücklich zuwege gebracht, daß bereits *zwei* in einem wesentlichen Punkte divergierende *Meinungen* über ihn vertreten werden.

Daß der *Wortlaut* des § 22 zu solchen Meinungsverschiedenheiten Anlaß gebe, kann keineswegs behauptet werden. Es stellt sich vielmehr heraus, daß die von der offenbar richtigen abweichende andere Meinung darauf zurückzuführen ist, daß in den § 22 von ihren Vertretern etwas hineingelegt worden ist, was er tatsächlich nicht enthält.

Da in dieser Bestimmung der *Zulässigkeit* der Anhaltung die Anordnung, daß der Angehaltene „als *geistesgesund* befunden zu *entlassen*" ist, gegenübersteht[1]), ist es wohl — abgesehen davon, daß auch die „Erläuterungen" keinen Zweifel in diesem Punkte übrig lassen — ganz klar, daß der Gesetzgeber nur zwei Fälle meinen kann: entweder der Angehaltene ist nicht geistesgesund, sondern geisteskrank, bzw. geistesschwach; dann ist seine Anhaltung in der Anstalt als zulässig zu erklären — oder der Angehaltene ist geistesgesund; dann ist seine Anhaltung als unzulässig zu erklären, bzw. seine Entlassung zu verfügen.

Diese unbestreitbar richtige Auffassung wird auch vom k. k. Sektionsrat Dr. R. *Hermann* in seinen Bemerkungen zu § 22, wie folgt, vertreten: „Findet (daher) das Gericht, daß der Angehaltene *nicht geistesgesund* ist, so hat es die *Zulässigkeit* der Anhaltung auszusprechen; stellt es die *Geistes*gesundheit fest, so hat es die Entlassung zu verfügen. Es soll die Beruhigung geschaffen werden, daß ein *Geistesgesunder* nicht wider seinen Willen in einer Anstalt festgehalten werde. Dagegen ist es *nicht* Sache des Gerichtes, die rein medizinische und verwaltungsrechtliche Frage zu entscheiden, ob der Angehaltene *trotz festgestellter Geisteskrankheit nicht anstaltsbedürftig* ist. Daher wird auch das statutenmäßige Recht des Leiters der öffentlichen Irrenanstalt zur Aufnahme und Entlassung von Kranken nicht berührt."

[1]) Das k. k. Landesgericht in Zivilsachen führt in der Begründung eines Beschlusses, mit dem dem Rekurse eines Pfleglings nicht Folge gegeben wird, u. a. aus: „Denn das Gesetz.... läßt aus dem im § 22 E.-O. aufgestellten Gegensatze erkennen, daß die Anhaltung dann zulässig sei, wenn nicht der Ausspruch zu fällen ist, daß der Angehaltene geistesgesund ist."

Gerade was Hermann negiert und was wohl jeder negieren muß, der den § 22 nimmt, wie er ist, wird von den Vertretern der anderen Ansicht in ihn hineininterpretiert.

Dr. Sternberg führt in seinem Kommentar diesbezüglich aus: „Nicht ganz richtig sagen die Erläuterungen (S. 259), daß, wenn der Angehaltene geisteskrank oder geistesschwach ist, seine Anhaltung für zulässig zu erklären sei. Nicht darum handelt es sich, festzustellen, in welchem Geisteszustande sich der Angehaltene befindet, sondern, wie im § 22 wörtlich gesagt wird: „ob die weitere Anhaltung in der Anstalt zulässig ist." Wenn daher die Erläuterungen weiter (S. 260) bemerken, daß, ob ein Kranker tatsächlich in einer Anstalt angehalten werden soll, eine Frage der Verwaltung sei, die zunächst nicht das Gericht zu entscheiden hat, so läuft diese Behauptung der ausdrücklichen Bestimmung des § 22 ganz zuwider. In dem ganzen Verfahren handelt es sich nur um die Frage, ob der Angehaltene in der Anstalt zu verbleiben hat. Auch ein Geisteskranker muß nicht immer anstaltsbedürftig sein und muß daher nicht in der Anstalt gehalten werden. Die Praxis darf auf diese Bemerkung der Erläuterungen keine Rücksicht nehmen und muß sich vielmehr ganz nach dem Wortlaut des § 22 richten."

Man sieht: Sternberg ist päpstlicher als der Papst. Von der an und für sich richtigen und selbstverständlich nicht nur jedem Psychiater, sondern wohl auch jedem einsichtigen Laien geläufigen Tatsache ausgehend, daß nicht alle Geisteskranken, bzw. Geistesschwachen „anstaltsbedürftig", d. h. der Anhaltung in einer geschlossenen Anstalt bedürftig sind, findet er es als selbstverständlich, daß § 22 auch besagen müsse, die Anhaltung sei auch dann als unzulässig zu erklären, wenn es sich zwar um einen Geisteskranken, aber um einen Geisteskranken, der als nicht anstaltsbedürftig anzusehen sei, handle. Da ihm bei dieser Deutung die „Erläuterungen" im Wege sind, erklärt er sie schlankweg für „nicht ganz richtig", obwohl nicht recht einzusehen ist, wieso er besser wissen will, was der Gesetzgeber gemeint hat, als dieser selbst, und fordert die Praxis geradezu auf, auf „diese Bemerkung der Erläuterungen keine Rücksicht zu nehmen".

Die Ansicht Sternbergs könnte uns nun relativ kalt lassen, wenn nicht die Praxis in der Tat da und dort bereits den Weg eingeschlagen hätte, den ihr Sternberg weisen möchte.

Bevor ich auf die Vorkommnisse, die da in Betracht kommen, eingehe, möchte ich aber erwähnen, daß der Gesetzgeber doch wieder nicht ganz unschuldig daran ist, daß diese Auffassung Vertreter finden konnte. In § 23, Abs. 4, heißt es: „Dem Angehaltenen, der noch nicht entmündigt ist, dessen Eltern, Kindern, Ehegatten, Geschwistern und Vertretern bleibt es unbenommen, auch vor der bestimmten Zeit eine neuerliche gerichtliche Untersuchung und Entscheidung zu verlangen, wofern Gründe für die Annahme vorliegen, daß die weitere Anhaltung nicht mehr notwendig ist." Warum: „notwendig ist?" Es handelt sich doch im ganzen Verfahren um die Zulässigkeit und nicht um die Notwendigkeit! Warum heißt es also an dieser Stelle nicht: „woferne Gründe für die Annahme vorliegen, daß die weitere Anhaltung nicht mehr zulässig ist", oder: „daß sie nicht mehr zu rechtfertigen ist", oder noch besser: „daß der Angehaltene bereits



geheilt ist"? Zweitens: In den „Erläuterungen" ist S. 257 unten zu lesen, das Anhaltungsverfahren habe sich mit der Frage zu befassen, „ob die Anhaltung des Kranken (!) wider seinen Willen in einer Irrenanstalt durch die Umstände gerechtfertigt sei". Eine recht unglückliche Ausdrucksweise! Denn, wer will, kann daraus in der Tat entnehmen, daß es sich nicht nur um die Konstatierung handelt, ob man es mit einem „Kranken" zu tun hat, sondern auch darum, ob die Anhaltung des konstatiert Kranken „gerechtfertigt sei" (sc. durch andere Umstände, wie Gemeingefährlichkeit, Heilungsmöglichkeit, Pflegebedürftigkeit). Und dann noch eins: Der Regierungsvertreter Sektionschef Dr. Ritter v. Schauer hat nach Bericht des Justizausschusses in der Sitzung des Justizausschusses vom 21. März 1912 u. a. ausgeführt, es sei ganz gut möglich und komme sogar häufig vor, daß die Aufnahme zwar seinerzeit mit Rücksicht auf den Geisteszustand des Kranken vollkommen begründet gewesen ist, daß sich aber nach Verlauf von wenigen Wochen, nachdem sich der Angehaltene in der Anstalt beruhigt hat, die weitere Anhaltung nicht mehr als notwendig darstellt; wenn nun das Gericht infolgedessen erkenne, daß der Angehaltene als geistig gesund zu entlassen sei, so liege diese Entscheidung ganz gewiß im Interesse des Angehaltenen, weil er eben auf Grund dieser Entscheidung wieder die freie Bewegung erlange. Aus diesen Ausführungen könnte man in der Tat das herauslesen, was Sternberg will, nämlich: wenn sich ein Kranker soweit beruhigt hat, daß sich die weitere Anhaltung nicht mehr als notwendig (nicht: nicht mehr als zulässig) darstellt, so ist er zu entlassen. Und, wenn auch Sternberg weder von diesen noch von den anderen bezeichneten Argumenten für seine Ansicht etwas erwähnt, ist es doch nicht ausgeschlossen, daß er gerade durch die Ausführungen des damaligen Sektionschefs Dr. v. Schauer beeinflußt worden ist, denen er offenbar schon darum besondere Bedeutung beigemessen haben dürfte, weil ihm die näheren Beziehungen des genannten Regierungsvertreters zur E.-O. nicht entgangen sein dürften.

Und nun zur Praxis!

In der Klosterneuburger Anstalt kamen im ersten Monate nach dem Inkrafttreten der E.-O. zwei Fälle vor, in welchen der Angehaltene nicht für gesund, seine Anhaltung aber dennoch als unzulässig erklärt wurde. Der eine betraf einen bereits reichlich dementen, aber harmlosen Paralytiker — in der Begründung heißt es einfach, daß der Angehaltene „nicht anhaltungsbedürftig erscheint" —, der andere einen bereits ziemlich vorgeschrittenen Fall von seniler Demenz — in der Begründung wird ausdrücklich bemerkt, daß der Angehaltene als „geistesschwach und nicht anhaltungsbedürftig erscheint". Ich habe daraufhin alsbald die Entlassung durchgeführt, weil ich zufällig auch Angehörige ausfindig machen konnte, die sich zur Übernahme der im ganzen harmlosen Kranken bereit erklärten und mir auch dazu geeignet erschienen; zugleich aber habe ich dem Kommissionsleiter durch den die Anstalt bei der Kommission vertretenden Arzt zu wissen gegeben, daß nach meiner unmaßgeblichen Meinung die aus diesen zwei Fällen ersichtliche Auffassung des § 22 der E.-O. nicht die richtige sei; darauf — ich sage nicht: deswegen, weil es auch möglich ist, daß sich der Richter aus eigenem zu einer meines Erachtens besseren Einsicht bekehrt

hat — hat die Kommission von weiteren derartigen Konstatierungen in Klosterneuburg Abstand genommen.

Allerdings gibt es auch da sozusagen einen „Ersatz", ich meine die Anwendung der Formel: geheilt mit Defekt. Wenn der halluzinatorische Verwirrtheitszustand eines Kranken zurückgegangen ist, aber doch noch gewisse krankhafte Züge bei ihm weiterbestehen, oder wenn eine Affektstörung bereits nahezu, aber doch noch nicht ganz abgeklungen ist, oder wenn nach Ablauf irgend einer akuten Phase beim Kranken ein einfacher, nicht zu hochgradiger Schwachsinn zurückgeblieben ist, erklären die Sachverständigen nicht selten, er sei „geheilt mit Defekt". Z. B. folgender Beschluß: „Die weitere Anhaltung des N. N. ist unzulässig. Der Beschluß gründet sich auf die Krankengeschichte der Anstalt, das Gutachten der Sachverständigen und die Vernehmung durch den Richter, wodurch festgestellt ist, daß Obiger einen halluzinatorischen Erregungszustand durchgemacht hat, der jetzt schon längere Zeit abgeklungen und nach dem nur eine gewisse Vulnerabilität zurückgeblieben ist. N. N. ist als mit Defekt geheilt, also als geistesgesund, zu betrachten." Wie man sieht, setzt der Richter in der Begründung seines Beschlusses statt „geheilt mit Defekt" einfach „geistesgesund" und damit ist das Ganze auf die geläufige Formel gebracht. Soviel nun auch für die Anwendung des Ausdruckes „geheilt mit Defekt" in gewissen anderen Zusammenhängen und für gewisse andere Zwecke sprechen mag, gerade im Anhaltungsverfahren ist kein Platz für ihn. Der § 22 der E.-O. kennt nur den Ausdruck: geistesgesund als Bezeichnung für den Geisteszustand, dessen Gegebensein die Entlassung des Untersuchten ex commissione fordert. Wenn sich der Richter veranlaßt sieht, in der Begründung seines Beschlusses regelmäßig neben den Ausdruck der Gerichtsärzte „geheilt mit Defekt" sozusagen seinen Ausdruck „geistesgesund" als angeblich gleichbedeutend zu setzen, so beweist dies nur die Richtigkeit meiner Ansicht. Es ist aber falsch, die beiden Ausdrücke als gleichbedeutend zu nehmen. Die Angehaltenen, die von den Sachverständigen als „geheilt mit Defekt" erklärt werden, sind nicht geistesgesund, sondern haben eben einen Defekt, einen geistigen Defekt, der entweder in einem Reste von Geistes**krankheit** oder aber in einem gewissen Grade von Schwachsinn, also von Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes, besteht, der, wie mir ein Überblick zeigt, zumeist schon vor dem Einsetzen der psychischen Störungen, welche zur Einbringung des Kranken in die Anstalt geführt haben, bestanden hat, in einem kleineren Teile der Fälle aber ein Ergebnis der im ganzen abgelaufenen Geistesstörung ist. Wie weit solche Defekte übrigens gehen können, geht daraus hervor, daß — allerdings vor dem Inkrafttreten der E.-O.; ich kann hier aber davon sprechen, weil die Erklärung als „geheilt mit Defekt" jetzt nach den gleichen Prinzipien, wie früher, zu erfolgen pflegt — auch schon Fälle vorgekommen sind, in denen der Defekt dem Richter so bedeutungsvoll erschien, daß er im Hinblick auf ihn aus eigenem von der Aufhebung der Kuratel absehen zu müssen glaubte und dies, obwohl die Gerichtsärzte im Gutachten ausdrücklich erklärt hatten, daß der Untersuchte ihrer Ansicht nach als dispositionsfähig anzusehen sei. Demnach kann ich auch in der Verwendung der Formel: geheilt mit Defekt,



im allgemeinen nichts anderes sehen, als eine andere Art der Geltendmachung der durchaus irrigen Ansicht, die gerichtliche Untersuchungskommission im Anhaltungsverfahren habe auch über die Anhaltungsbedürftigkeit, also auch über die Notwendigkeit, nicht nur über die Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden. Die richtige Entscheidung müßte meines Erachtens in den meisten in Betracht kommenden Fällen ganz anders lauten, und zwar erstens, wenn es sich um eine noch nicht ganz abgelaufene Geisteskrankheit handelt, so: „Die Genesung des Kranken ist wohl schon so und so weit vorgeschritten; doch ist der Kranke noch nicht ganz genesen, seine Anhaltung daher noch zulässig," — selbstverständlich kann man eine ganz kurze Frist, nach welcher die Wirksamkeit dieses Beschlusses erlischt, bestimmen —, zweitens, wenn es sich um einen restierenden Schwachsinn, was immer für einer Provenienz, handelt, dahin, daß bestimmte pathologische Erscheinungen, wie Aufregungs-, Verwirrtheits-, Verstimmungszustände usw., wohl geschwunden seien, dagegen ein gewisser Grad von Geistesschwäche übrig geblieben sei, weshalb die weitere Anhaltung als zulässig erklärt werden müsse. Ich will übrigens nicht unterlassen, anzuführen, daß Richter und Sachverständige in einzelnen Fällen, die höchstens um eine kleine Abtönung anders lagen, als Fälle, die für „geheilt mit Defekt" erklärt wurden, tatsächlich in der von mir eben bezeichneten Weise verfahren sind.

Von Anstalten, die darüber klagen, daß die Gerichtskommission sich nicht auf die Frage der Zulässigkeit der Anhaltung beschränkt, sondern ausdrücklich erklärt, die Prüfung der Anstaltsbedürftigkeit als ihre Aufgabe zu betrachten, sei zunächst die böhmische in Kosmanos erwähnt. Der Direktor dieser Anstalt Dr. Ruzicka, dem ich für die außerordentliche Gründlichkeit, mit der er auf jeden einzelnen Punkt meines Fragebogens eingegangen ist, zu ganz besonderem Danke verpflichtet bin, schreibt darüber: „Es kamen bei uns bisher 23 Unzulässigkeitserklärungen zustande. Davon wurden die Kranken nur zur Hälfte für gesund erklärt (oder ihre Genesung in ärztlichen Begründungen erwähnt). Bei den übrigen wurde Geisteskrankheit zugegeben, der Geisteszustand als „bedeutend gebessert", die Anhaltung für „nicht erforderlich", „nicht nötig", oder der Kranke für „nicht anhaltungsbedürftig" erklärt. Bei einem Falle lautet der Beschluß: „ist zu entlassen, gemäß § 22 der E.-O.," und in der Begründung lesen wir: „gebessert, so daß er entlassen werden kann" — über die Zulässigkeit oder Unzulässigkeit der Anhaltung kein Wort. Die Unzulässigkeitserklärung betraf Fälle von epileptischer Psychose, chronischem Alkoholismus, angeborenem Schwachsinn, Dementia praecox." Direktor Ruzicka führt dazu noch aus: „Man hat in richterlichen Kreisen nämlich herausgefunden, daß die Fassung des § 22 sehr weite Grenzen der Anhaltungsmöglichkeit zieht und daß der Schutz der Person aufhört, sobald diese für nicht geistesgesund befunden wird — in der Tat bedarf nicht jede geisteskranke Person der Anstaltsdetention — und der Richter stellt sich deshalb nicht zufrieden mit bloßer Konstatierung der Zulässigkeit, sondern man ist bestrebt, unter einem auch über die Anhaltungsbedürftigkeit zu entscheiden. Bei uns wenigstens hat sich diese Praxis eingebürgert. Man prüft demzufolge nicht, ob der Angehaltene als geistesgesund zu entlassen, sondern ob er, obgleich geisteskrank, dennoch



zu entlassen ist. Da wir für diese Entscheidung ausschließlich den Anstaltsleiter für kompetent erachten, und weil hiedurch ein Eingriff in seine Befugnisse und Rechte getan wird, halten wir diese den Geist des Mißtrauens gegen den Anstaltsarzt nährende Praxis für nachteilig für das Ansehen der Anstalt als einer öffentlichen Institution."

Auch in Bohnic „ist es bisher in einigen Fällen vorgekommen, daß der Kranke zwar nicht als geistesgesund, jedoch als der Irrenanstaltspflege nicht mehr bedürftig befunden und seine weitere Anhaltung in einer geschlossenen Anstalt für unzulässig erklärt wurde". In Troppau wurde wiederholt „Geistesschwäche" „als kein Grund für den Irrenanstaltsaufenthalt erklärt" [1]).

Über ein ganz eigenartiges Verfahren der Konstatierungskommission berichtet der Direktor der Anstalt Hall in Tirol: „Es sind Fälle vorgekommen, in welchen die Kommission die Erklärung abgab, daß die weitere Anhaltung in der Anstalt nicht notwendig sei. Zwei davon waren Psychopathen, einer Paranoiker, vier Alkoholismusfälle. Von ersteren verblieb der eine doch in der Anstalt, weil er keine Subsistenzmittel und keine Kenntnisse hat, um sich draußen fortzubringen und sich niemand bereit erklärte, die Sorge für ihn zu übernehmen. Auch der Paranoiker zog selbst die Anstalt der Freiheit vor."

Derartige Vorkommnisse erklären sich daraus, daß manche Richter der Meinung sind, durch die E.-O. sei ihnen die Kontrolle der Anstalten hinsichtlich der Anhaltung und die Entscheidung darüber in jeder beliebigen Form übergeben. Bezeichnend dafür ist folgender Vorfall in Kosmanos: „Anläßlich des Entweichens eines Kranken aus der Anstalt hat das zuständige Gericht die Entscheidung getroffen, es willige auf Grund des Verhöres des Beistandes und nach Einvernahme des Kranken selbst ein, daß derselbe nicht wieder eingeliefert werde; die Anstaltsleitung aber forderte trotzdem die Rückgabe des Kranken mit dem Hinweise darauf, daß derselbe nach Gutachten des Divisionsgerichtes und der Gerichtsärzte für gemeingefährlich und anhaltungsbedürftig erklärt war."

Solche Entscheidungen zu treffen, noch dazu ohne den Rat eines Sachverständigen einzuholen, hätte ein Richter vor dem Inkrafttreten der E.-O. kaum gewagt!

Eine weitere Konsequenz der irrigen Auffassung, daß es bei der Entscheidung nach § 22 der E.-O. auf die Frage der Anhaltungsbedürftigkeit ankomme, ist nun aber die, daß umgekehrt in den Fällen, in welchen die Zulässigkeit der Anhaltung ausgesprochen wird, dieser Beschluß ausdrücklich mit dem Hinweise auf die konstatierte Anhaltungsbedürftigkeit

[1]) In Kremsier wurde den Gerichtsärzten von Seiten des Bezirksgerichtes ein Schema für das Schlußgutachten zugeschickt, nach welchem zu beantworten ist: 1. An welcher Art (Name) der Geisteskrankheit der Untersuchte leidet und in welchen Symptomen sich diese äußert, 2. ob der Untersuchte wegen seiner Geisteskrankheit unfähig ist, seine Angelegenheit selbst zu besorgen, und ob er der Anstaltspflege bedarf, und zwar wenn ja, aus welchen Gründen.



begründet wird. Und es muß konstatiert werden: während die Fälle, in denen die Anhaltung als unzulässig erklärt wird, mit der Begründung, die untersuchte Person sei der Anhaltung nicht bedürftig, nur ab und zu, und nur in einzelnen Anstalten häufiger vorkommen, ist die Begründung der Zulässigkeit mit Anhaltungsbedürftigkeit geradezu zur Regel geworden.

Von einer ganzen Reihe von Anstalten wird angeführt, daß der Ausdruck: anstaltsbedürftig, bzw. anhaltungsbedürftig, wenn auch nicht im Wortlaut des Beschlusses selbst, so doch in der „Begründung" des Beschlusses erscheine. So auch in Klosterneuburg: Nicht etwa bloß in einzelnen Fällen, sondern geradezu regelmäßig heißt es da: „die weitere Anhaltung des N. N. . . . in einer geschlossenen Heilanstalt ist zulässig. Der Beschluß gründet sich auf die Krankengeschichte der Anstalt, das Gutachten der Sachverständigen und die Vernehmung durch den Richter, wonach der Angehaltene geisteskrank, nicht handlungsfähig und anhaltungsbedürftig erscheint."

Daß der Ausdruck: anhaltungsbedürftig so regelmäßig in der Begründung erscheint — zuweilen wird übrigens auch gesagt: „anhaltungsbedürftig, weil wegen Wahnideen gemeingefährlich", „anhaltungsbedürftig aus Sicherheitsgründen," „Anhaltung wünschenswert, zulässig, ja notwendig" usw. —, ist darauf zurückzuführen, daß er von den Ärzten im Schlußsatze ihres Gutachtens angewendet wird und aus dem Gutachten einfach in die „Begründung" übergeht. Daß er aber von den Ärzten angewendet wird, das hat seine Geschichte.

Im Anfange schrieben die Ärzte oft schlankweg, die weitere Anhaltung des Untersuchten sei wegen Geisteskrankheit zulässig. Daraufhin kam es aber an manchen Orten zum obligaten Kompetenzkonflikt; „es wurde", wie der Ybbser Anstaltsleiter Dr. Sickinger erwähnt, „strittig, ob der Sachverständige oder der Richter auf Grund der Sachverständigengutachten berufen sei, die Äußerung u. a. über die Frage der Zulässigkeit der Anhaltung abzugeben." Diese Meinungsverschiedenheit wurde zuletzt vom Richter zu Gunsten des Richters entschieden. Es ist dagegen meines Erachtens nichts einzuwenden; denn ebenso wie Zurechnungsfähigkeit, bzw. Unzurechnungsfähigkeit, Dispositionsfähigkeit, bzw. -unfähigkeit, ist auch die Anhaltungszulässigkeit im Sinne des § 22 der E.-O. und ihre Negation [1]) eine juristische und nicht eine medizinische Sache. Wie nun aber andererseits viele Richter es doch wieder gerne sehen, ja nicht selten ausdrücklich verlangen, daß die Sachverständigen bei Vermeidung der Ausdrücke: zurechnungsfähig, bzw. unzurechnungsfähig doch ihre Meinung über die Frage in möglichst leichtfaßlicher Art zu erkennen geben, so haben manche Richter nicht nur

[1]) In Beschlüssen wird gesagt: Die weitere Anhaltung ist unzulässig. Ganz korrekt ist dies nicht; denn das Gesetz gebraucht diesen Ausdruck nicht. Genau genommen wäre zu sagen: Der Angehaltene ist als geistesgesund befunden zu entlassen. Aber es gefällt dem Juristen offenbar besser, ausdrücklich eine Unzulässigkeit zu konstatieren. Und so recht sagen läßt sich dagegen auch wieder nichts; denn „unzulässig" ist der kontradiktorische Gegensatz von „zulässig".



nichts dagegen einzuwenden, sondern wirken sogar darauf hin, daß die Sachverständigen im Anhaltungsgutachten eine Paraphrase der von ihrem Standpunkte aus zu erwartenden Entscheidung liefern, wozu allerdings nur bei der erwähnten unrichtigen Auslegung des § 22 ein Grund ersichtlich wird, während bei richtiger Auslegung die rein medizinische Konstatierung des Geisteszustandes zur Entscheidung der Frage der Zulässigkeit der Anhaltung voll genügt, ja sozusagen sie schon in sich schließt. Merkwürdigerweise ist man nun, und zwar an den verschiedensten Orten in durchaus gleicher Weise darauf verfallen, daß das gerichtliche Gutachten die „Anstaltsbedürftigkeit" festzustellen habe und der richterliche Beschluß daraufhin die „Zulässigkeit der Anhaltung" ausspricht.

An manchen Orten geht man übrigens über den einfachen Hinweis auf die Anhaltungsbedürftigkeit in der Begründung des Beschlusses noch weit hinaus, ja in einer großen galizischen Anstalt, wie der Direktor mitteilt, sogar so weit, daß man gelegentlich erklärt: „Die dauernde Anhaltung", bzw. in einem Falle: „die bis zum Lebensende dauernde Anhaltung ist unbedingt wegen der Unheilbarkeit, eventuell der Gemeingefährlichkeit des Kranken notwendig", daß man also den Kranken in Anhaltungsverfahren sozusagen zu lebenslänglichem Irrenhaus verurteilt.

Man wird vielleicht sagen: Gut! richtig ist es nicht, daß sich die Sachverständigen auf die Frage der „Anstaltsbedürftigkeit" einlassen —, aber was kann es schaden, wenn in der Begründung des Beschlusses gesagt wird, der Kranke sei „anhaltungsbedürftig"?

Aus den Irrenanstalten wird bekanntlich eine große Anzahl von Personen entlassen, die nicht genesen, sondern noch weiter geisteskrank sind. Außer dem Modus der Entlassung „gegen Revers" gibt es da noch den Modus der Entlassung des Kranken als „der Irrenanstaltspflege derzeit nicht mehr bedürftig" (z. B. § 23 b) des alten Statutes der niederösterreichischen Landes-irrenanstalten). Während im Falle der Entlassung gegen Revers der Übernehmer die Verantwortung trägt, fällt sie in letzterem Falle der Anstalt, bzw. ihrem ärztlichen Leiter zu. Das Wagnis dabei ist nicht selten recht groß und ein gewisses Wagnis ist immer dabei; denn im Grunde kann man nicht einmal für die Aufführung eines geistig Gesunden die Verantwortung übernehmen, geschweige denn für die eines Geisteskranken. Man sollte daher den Anstaltsleitern in diesem Punkte nicht noch unnötige Schwierigkeiten bereiten. Dies geschieht aber, wenn man einen gerichtlichen Beschluß faßt und in so und so vielen Exemplaren verbreitet, aus dem ersichtlich ist, daß durch Gerichtspsychiater die Anhaltungsbedürftigkeit festgestellt worden sei. Wieder will ich sagen, daß sich die große Mehrzahl der Anstaltsleiter meiner festen Überzeugung nach auch durch dieses Hindernis nicht abhalten lassen wird, einen Kranken, der seinem Wissen und Gewissen nach nicht mehr anhaltungsbedürftig ist, aus der Anstalt zu entlassen, — sobald es ihm gelungen sein wird, eine Person ausfindig zu machen, die sich bereit erklärt, den Kranken wenigstens in der ersten Zeit nach seiner Entlassung ein wenig an die Hand zu gehen. Letzteres ist keineswegs immer leicht; denn soviel auch in manchen Fällen von angeblich ungerechtfertigter Internierung seitens den Angehörigen gejammert und geschrien wird, so hartnäckig tauben



Ohren begegnet der Anstaltsleiter andererseits oft, wenn er die Übernahme eines harmlosen Geisteskranken durch die Angehörigen durchsetzen will — und, ganz nebenbei bemerkt, wird er in solchen Situationen jetzt und in Hinkunft noch weniger Glück haben, wenn ihm die widerwilligen Angehörigen einen Gerichtsbeschluß entgegenhalten können, in welchem die Anhaltungsbedürftigkeit des Kranken ausdrücklich festgestellt erscheint! Aber weiter: Außer den Anstaltsleitern, die immer etwas und gegebenenfalls auch viel zu riskieren bereit sind, wenn es die Entlassung eines Kranken gilt, gibt es, wie ich aus Erfahrung weiß, auch ängstliche Anstaltsleiter, die es sich doppelt überlegen werden, sich durch die Entlassung eines noch Geisteskranken in Widerspruch mit dem gerichtlichen Beschlusse, der die Anhaltungsbedürftigkeit dieses Kranken ausdrücklich konstatiert, zu setzen; und wenn ein solcher Anstaltsleiter den Entschluß dazu schließlich doch zuwege bringt, wird er dazu jedenfalls länger brauchen, als wenn dieser Beschluß nicht existiert hätte, abgesehen davon, daß er, wenn ihm noch dazu seitens der Angehörigen Schwierigkeiten bereitet werden sollten, kaum die zu ihrer Überwindung nötige Energie und Hartnäckigkeit aufbringen wird.

So kann durch die unrichtige Auslegung und Handhabung des § 22 der E.-O. bewirkt werden, „daß der eine oder der andere Geisteskranke — von geistig Gesunden, bzw. Genesenen ist, wohl gemerkt, hier nicht die Rede! — länger als nötig in der Anstalt bleiben muß," was doch sicherlich nicht in der Intention des Gesetzgebers gelegen sein konnte.

Aus allen angeführten Gründen ist meines Erachtens die Hereinziehung der Frage der Anhaltungsbedürftigkeit in das Anhaltungsverfahren nach der neuen E.-O. ganz entschieden zu perhorreszieren!

Und wenn ich auch fürchte, daß man über die meines Erachtens allerdings offenkundige Unzukömmlichkeit, die darin liegt, daß manche Gerichte auf Grund dieser irrigen Auslegung die Erklärung der Unzulässigkeit der Anhaltung auch auf Geisteskranke ausdehnen, mit Rücksicht darauf, daß der Schaden, welcher daraus der Irrenfürsorge erwächst, nicht so leicht zu überblicken ist und es zunächst den Anschein hat, als ob dieser Übergriff den Anstaltsärzten nur deshalb nicht recht paßte, weil er ihre Bevormundung noch um ein beträchtliches über das Maß hinaus, das aus dem ganzen Anhaltungsverfahren an und für sich schon resultiert, vermehrt, gleichmütig zur Tagesordnung übergehen wird, so wage ich doch andererseits zu hoffen, daß die üblen Folgen, welche sich für manchen Geisteskranken aus der gerichtlichen Konstatierung seiner Anhaltungsbedürftigkeit, wie erwähnt, ergeben können, die maßgebenden Faktoren veranlassen könnten, im Sinne einer richtigen Auslegung und Handhabung des § 22 seitens der Richter einzuwirken. —

Bevor ich den § 22 verlasse, möchte ich aber noch einen Punkt von prinzipieller Bedeutung berühren, da sich kaum eine passendere Gelegenheit für seine Besprechung ergeben kann, als im Anschlusse an die eben vorgebrachten Ausführungen.

Schon v. Sölder hat in seinem kritischen Referate über den Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes, erstattet auf dem III. öster-

reichischen Irrenärztetag in Wien am 6. Oktober 1908 [1]), also vor neun Jahren, zum § 26 dieses Regierungsentwurfes, welcher dem § 22 der kaiserlichen Verordnung entspricht, folgendes ausgeführt: „Wenn der Entwurf im § 26 kurzweg von einer „Entlassung" des als geistesgesund Befundenen spricht, so steht dies mit dem § 20 (§ 16 der kaiserlichen Verordnung, Ref.) nicht ganz in Übereinstimmung. Die gerichtliche Kontrolle bezieht sich nach dem Sinne des § 20 (§ 16) eigentlich nicht auf die Aufnahme als solche, sondern auf die Beschränkung der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt, und das Gericht übt die Kontrolle nicht nur in Irrenanstalten aus, wo eine solche Freiheitsbeschränkung die Regel ist, sondern auch in anderen Heil- und Pflegeanstalten, soferne sie Geisteskranke aufnehmen und eine Freiheitsbeschränkung eintreten lassen. Sinngemäß sollte es daher nicht heißen, daß der gesund Befundene zu entlassen ist, sondern daß die Freiheitsbeschränkung in Wegfall zu kommen hat. Der Wortlaut des Entwurfes hätte zur Folge, daß ein Kranker, der wegen körperlicher oder nervöser Gebrechen in der Anstaltsbehandlung zu verbleiben wünscht, unter Umständen zwangsweise entlassen werden muß."

v. Sölder hatte, wie man sieht, bei seinem Vorschlage vor allem „andere Heil- und Pflegeanstalten, soferne sie Geisteskranke aufnehmen und eine Freiheitsbeschränkung eintreten lassen", und nicht zunächst die Irrenanstalten im Auge, in denen, wie er sagt, „solche Freiheitsbeschränkung die Regel ist". Indes paßt v. Sölders Vorschlag meines Erachtens auch auf die Irrenanstalten, und zwar besonders gut deshalb, weil die Institution des freiwilligen Eintrittes, bzw. Aufenthaltes — sie besteht derzeit allerdings erst nur in einigen Irrenanstalten, wird aber in, wie zu hoffen ist, kurzer Zeit allgemeiner eingeführt sein — die Irrenanstalten in die Reihe der Anstalten gerückt hat, die den aufgenommenen Personen gegenüber nicht ausnahmslos „eine Freiheitsbeschränkung eintreten lassen". Die Kategorien von Kranken, die da in Betracht kommen, sind allerdings andere, als v. Sölder erwähnt hat, — begreiflicherweise, da eben v. Sölder, wie erwähnt, die Irrenanstalten erst in zweiter Linie im Auge hatte. Was die Kranken, die nur wegen körperlicher Gebrechen in der Irrenanstaltsbehandlung weiter zu verbleiben wünschen, betrifft, muß ja gesagt werden, daß diesem ihrem Wunsche, sobald sie von ihrer Geisteskrankheit wirklich genesen sind, im allgemeinen nicht entsprochen werden kann, sie vielmehr, soferne es an der entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, in ein allgemeines Krankenhaus, bzw. Sanatorium zu transferieren sind; und was die Kranken, die speziell wegen nervöser Gebrechen in der Irrenanstalt zu verbleiben wünschen, betrifft, kann auf diesen Wunsch nur seitens derjenigen Anstalten unter Umständen eingegangen werden, die wie die „niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „Am Steinhof" in Wien, XIII" auch zur Behandlung und Pflege von Nervenkranken bestimmt sind und in welchen wie in diesen Anstalten auch die Einrichtung des freiwilligen Eintrittes besteht, wobei noch die Einschränkung zu berücksichtigen

[1]) Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie, 29. Bd., S. 434 usf.



ist, daß sich in den Anstalten „Am Steinhof" die erwähnte Bestimmung nur auf „solche Nervenkranke (mit Einschluß der alkoholischen Neurosen), deren Leiden sich vorwiegend auf psychiatrischem Gebiete äußert und seiner Beschaffenheit nach eine Anstaltsbehandlung erforderlich macht" und auch auf diese nur „nach Maßgabe des vorhandenen Raumes" erstreckt. Für derartige Anstalten gilt allenfalls, was v. Sölder in einem, dem zitierten Passus hinzugefügten Satze sagt, nämlich daß „allerdings diese Vorschrift (sc. Entlassung des als geistesgesund Befundenen) durch eine rein formelle Entlassung und Wiederaufnahme leicht umgangen werden kann". In allen anderen Anstalten aber müssen als geistesgesund befundene Personen, auch wenn sie nervöse Gebrechen aufweisen, ausnahmslos entlassen werden. Nur durch Errichtung von Anstalten für unbemittelte Nervenkranke und durch ein Abkommen, nach welchem Kranke der erwähnten Art aus der Irrenanstalt in eine dieser Anstalten zu transferieren wären, könnte in diesem Punkte Wandel geschaffen werden.

Aber seit dem Inkrafttreten der neuen E.-O. macht sich eine andere, numerisch freilich nicht sehr bedeutende, Gruppe von Berücksichtigungswürdigen bemerkbar, von der v. Sölder allerdings noch nicht gut reden konnte, weil es sie vor neun Jahren noch nicht oder doch nur in sehr geringer Zahl gegeben hat; das sind eben die Personen, die jetzt aus der Irrenanstalt entlassen werden müssen, kurz gesagt: nicht, weil sie schon vollkommen geistesgesund sind, sondern weil sie von der Kommission für geistesgesund, bzw. als nicht mehr anhaltungsbedürftig erklärt worden sind. Es handelt sich da vor allem um Personen, die eine akute Geistesstörung durchgemacht haben, und nunmehr so weit wieder hergestellt sind, daß sie, wie es gewöhnlich heißt, klar und geordnet Auskunft geben können, deren geistige Gesundheit aber doch noch nicht so weit gediehen, gefestigt und gekräftigt ist, daß der Arzt es für gut finden könnte, sie bereits wieder den Unbilden des Lebens in der Freiheit auszusetzen. In solchen Fällen hat es der Anstaltsarzt bisher verantworten zu können geglaubt, mit der Entlassung noch eine entsprechende Zeit zuzuwarten, besonders wenn der Kranke selbst damit einverstanden war; heute fährt da aber oft die Kommission unbarmherzig mit der Gesunderklärung dazwischen und fordert die sofortige Entlassung. Dann kommen Fälle von, in mehr oder weniger regelmäßiger Folge wiederkehrenden Verwirrtheits-, Depressions-, Erregungszuständen und dazwischenliegenden Zeiten nahezu völliger geistiger Klarheit, bzw. nahezu völligen Behobenseins aller geistigen Störungen in Betracht. In solchen Fällen glaubte es der Arzt wieder, soferne die freien Intervalle nicht zu lange Zeit dauerten, verantworten zu können, den Kranken auch in diesen Zeiten in der Anstalt zu belassen, besonders wenn es sich um Fälle handelte, in denen die Krankheitsanfälle, bzw. die Exazerbationsphasen der geistigen Krankheit erfahrungsgemäß eine Gefahr für den Kranken oder seine Umgebung mit sich zu bringen pflegten oder, wenn diese Gefahr wohl nicht so groß war, der Kranke aber aus eigenem während der Intervalle in der Anstalt zu verbleiben wünschte; heute aber wird, wie eine ganze Reihe von Anstaltsleitern berichten, in solchen Fällen nicht selten sozusagen unnachsichtlich, gegen das Gutachten der Anstaltsärzte, mit der Gesunderklärung, d. h. mit der Dekre-



tierung der Entlassung vorgegangen, wenn der Kranke gerade in einem der kurzen Intervalle zur Untersuchung kommt.

Gerade solchen Kranken gegenüber wäre es von großem Vorteile, wenn der Gesetzgeber den Gesichtspunkt, auf den v. Sölder hingewiesen hat, berücksichtigt hätte. Es ist selbstverständlich gerechtfertigt, in solchen Fällen zu konstatieren, daß, wie v. Sölder sagt, die Freiheitsbeschränkung zurzeit in Wegfall zu kommen habe, nicht aber, daß der Angehaltene unter allen Umständen „zu entlassen" sei; daß letzteres geschieht, bzw. durch den § 22 der E.-O. bestimmt wird, ist darauf zurückzuführen, daß vom Gesetzgeber die Irrenanstalt, die doch vor allem Heil- und Pflegeanstalt ist, in durchaus einseitiger Weise als Detentionsanstalt aufgefaßt wird — und dies, obwohl auch der Referent im Justizausschusse Abg. Dr. Dnistrianskyj seinerzeit (21. März 1912) mit Recht betont hat, daß der Zweck des ganzen Gesetzes „der Schutz gegen unberechtigte Einschränkung der persönlichen Freiheit sei" und im Anschlusse daran ausgeführt hat, daß „sich mithin das gerichtliche Verfahren nur in jenen Grenzen bewegen dürfte, in welchen die Anstalt in ihrem Charakter als Detentionsanstalt zum Vorscheine kommt; die gerichtliche Kontrolle solle aber von selbst aufhören, wo es sich um den Heilungszweck, um die Heilung als solche handelt", woraus hervorgeht, daß dieser Referent recht deutlich auch auf die Bestimmung der Irrenanstalt als Heilanstalt hingewiesen hat.

Daß im Sinne des § 22 der E.-O. die Entlassung einer Person verfügt wird, die keine greifbaren Zeichen einer Geistesstörung mehr aufweist, sich aber noch im Zustande hoher Vulnerabilität befindet und somit der Gefahr stark ausgesetzt ist, unter der Einwirkung schädlicher Einflüsse in der Freiheit wieder rückfällig zu werden, oder einer Person, die, obwohl im allgemeinen genesen, in ihrer psychischen Gesundheit noch nicht so weit gefestigt ist, daß sie, auf eigenen Füßen stehend, den Kampf ums Dasein, besonders etwa in dieser schweren Zeit, aufnehmen könnte, ist, wenn auch vom rein menschlichen, und besonders vom ärztlichen Standpunkte nicht zu rechtfertigen, so doch immerhin vom juristischen Standpunkte aus begreiflich, soferne die betreffende Person von einem weiteren Aufenthalte in der Irrenanstalt selbst nichts wissen will und daher zwangsweise in ihr zurückgehalten werden müßte. Daß die Person aber unter allen Umständen, d. h. auch dann, wenn sie selbst noch in der Anstalt bleiben will, wenn sie im Gefühl der eigenen Schwäche und Unsicherheit darum bittet, — weil „als geistesgesund befunden", entlassen werden muß, ist, auch wenn man sich auf den Standpunkt des Juristen stellt, nicht recht zu begreifen [1]).

Kleinere oder auch größere Unannehmlichkeiten haben sich aus dem Zwange, noch nicht geheilte, bzw. nicht geistesgesunde Pfleglinge zu entlassen, schon an verschiedenen Orten ergeben. Zu einer wahren Kalamität scheint er aber in Kulparkow geführt zu haben. Der Direktor berichtet: „Zu den unangenehmen Erfahrungen, zu denen die E.-O. Anlaß gegeben hat, gehört

[1]) Der Direktor der schlesischen Anstalt in Troppau führt übrigens an: „Auf Bitte des Patienten ist — einige Male — der weitere Aufenthalt in der Irrenanstalt gestattet worden."

das Problem der Entlassungen, welches infolge der Kriegsverhältnisse speziell in Galizien ungemein erschwert wurde. Es handelt sich hauptsächlich um die Kranken, welche zuständig und wohnhaft sind in den . . . . im Bereiche des engeren Kriegsgebietes liegenden Ortschaften. Die Entlassung solcher Pfleglinge ist — angesichts in unserem Lande vollkommen mangelnder Geistesfürsorge — . . . . gewöhnlich undurchführbar der Hindernisse wegen, die seitens der Militärbehörden bereitet werden. Dessenungeachtet wird eben die Zulässigkeit der Anhaltung dieser Kategorie der Pfleglinge sehr oft vom Gerichte bestritten, ohne daß dafür gesorgt wird, wohin und wem die Leute in dieser so schweren Zeit übergeben werden sollen! Daß es so zu Kollisionen kommt, welche in höchstem Grade das Wohl des armen Patienten bedrohen und für die Anstalt unnötige und unangenehme Komplikationen bedeuten, ist ohneweiters ersichtlich."

Es haben sich die Irrenanstalten, die früher einmal der Hauptsache nach ja wirklich Detentionsanstalten waren, in den letzten Dezennien immer mehr im Sinne einer Annäherung ihres Charakters an den der Krankenhäuser umgestaltet, und das Hauptstreben der Anstaltsärzte geht dahin, diesen Umwandlungsprozeß so viel und so weit als nur möglich zu fördern. Und so kommt es, daß sich schon heute in einigen Irrenanstalten kranke Personen freiwillig aufhalten, daß es in fast allen Irrenanstalten, abgesehen von den bekannten Pfleglingen von Profession, deren sich diese Anstalten oft kaum erwehren können, auch ethisch, keineswegs minderwertige Pfleglinge gibt, die geradezu unglücklich wären, wenn man sie aus ihnen hinauswiese, und daß es, was in diesem Zusammenhange besonders zu beachten ist, geradezu zur Regel geworden ist, daß Personen, die der Genesung entgegengehen, um so weniger hinausdrängen, je weiter sie auf diesem Wege fortgeschritten sind, und nicht wenige von ihnen auch dann noch gerne in der Anstalt bleiben, wenn die Ärzte es ihnen freistellen, die Anstalt zu verlassen, kurzum, daß der Aufenthalt in der Irrenanstalt in vielen Fällen kein unfreiwilliger, kein erzwungener, nicht die Wirkung einer Freiheitsbeschränkung, ist.

Man kann nicht sagen, daß die E.-O. erkennen lasse, daß der Gesetzgeber dem Geiste, von dem das Irrenanstaltswesen heute erfüllt ist, in zureichendem Maße Rechnung getragen habe. Wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte es sich u. a. gerade an der Fassung des § 22 zeigen müssen. Es hätte dieser Paragraph dann wahrscheinlich beiläufig wie folgt gelautet: „Auf Grund der Ergebnisse der Ermittlungen ist mit Beschluß zu entscheiden, ob eine Freiheitsbeschränkung des Aufgenommenen zulässig ist oder nicht."

§ 23.

Zu § 23, Abs. 1, und 23, Abs. 2 [1]), ist nichts weiter zu bemerken. Von der Bestimmung in Abs. 2 wird ziemlich oft Gebrauch gemacht.

Nebenbei sei bemerkt, daß Sternberg der Ansicht Ausdruck gibt

[1]) § 23, Abs. 1: „Der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung steht einer anderen Anordnung des Pflegschaftsgerichtes nicht entgegen. Seine Wirksamkeit erlischt spätestens mit Ablauf eines Jahres." Abs. 2: „Im gerichtlichen Beschlusse kann auch eine kürzere Frist bestimmt werden."



— wieder in Verfolgung der Tendenz, mehr zu fordern als der Gesetzgeber —, „daß eine kürzere Frist immer vorsichtiger sein wird", und daran die Bemerkung knüpft: „weil, wenn die Entmündigung nicht erfolgt, doch selbstverständlich die Anhaltung in der Anstalt sich als unbegründet erweisen müßte". Diese Behauptung ist, wie jedermann zugeben wird, der im Irrenwesen bewandert ist und in den Geist der E.-O. ernstlich eingedrungen ist, ebenso falsch, wie die im nächsten Teile des Sternbergschen Kommentars des § 23 enthaltene Bemerkung: „Ist die Entmündigung erfolgt, dann ist die Anhaltung eine selbstverständliche."

Der Anstaltsarzt müßte übrigens eher konstatieren, daß an manchen Orten kürzere Befristungen zu oft stattfinden. Dies geht schon daraus hervor, daß in einer großen Zahl von Fällen, wie angegeben wird, nach Ablauf dieser kürzeren Frist auf Grund der zweiten Untersuchung die Zulässigkeit der Anhaltung auf ein Jahr beschlossen wird. Ein Direktor berichtet über besonders „häufige Wiederholungen" und führt u. a. an: „Ein Fall wurde innerhalb eines Jahres viermal, ein anderer dreimal untersucht. Der erstere betraf einen mit Dementia praecox (paranoide Form) behafteten Pflegling, der bereits fünfmal in Irrenanstalten untergebracht war. — Ein einfacher und klarer Fall und so viel unnütze Arbeit — und das auf Staatsunkosten!"

Näher einzugehen ist auf § 23, 3.

Es wird in diesem Absatze gesagt, daß „eine Ausdehnung der Anhaltung über die bestimmte Frist" eine neuerliche Vernehmung und Untersuchung „vorausgehen muß", nicht aber ausdrücklich bestimmt, von wem dafür zu sorgen ist, daß es zu dieser Vernehmung und Untersuchung komme. Auch die „Erläuterungen" sagen darüber nichts. Hermann bemerkt nur zu § 23, 2: „Die Frist ist im Kalender oder Pflegschaftsvermerk zu überwachen"; damit drückt er nur aus, daß seiner Meinung nach die Überwachung der Fristen Sache des Gerichtes ist. Unter den Beispielen zur E.-O. findet sich allerdings auch als „Beispiel 91 b)" eine „Anzeige einer geschlossenen Anstalt vom Ablaufe der Anhaltungszeit", woraus zu schließen wäre, daß das Justizministerium es als Sache der Anstalten betrachtet, die Anhaltungsfristen in Evidenz zu halten und das Gericht auf den Ablauf der Anhaltungszeit fallweise aufmerksam zu machen. Hermann bemerkt aber zum Beispiele 91 b): „Der Ablauf der Frist ist vom Gerichte zu überwachen. Durch die Mitteilung der Anstalt wird aber eine besondere Anfrage des Gerichtes entbehrlich." Daraus wäre zu schließen, daß nach Hermanns Ansicht die Sache, wie folgt, liegt: Der Ablauf der Frist ist vom Gerichte zu überwachen. Läuft eine Frist ab, so hat das Gericht die Anstalt zunächst zu fragen, ob die weitere Anhaltung (in einer geschlossenen Anstalt) notwendig ist. Zeigt aber die Anstalt den Ablauf der Anhaltungszeit aus eigenem an und gibt sie zugleich bekannt, daß die weitere Anhaltung notwendig sei, so kann das Gericht sofort an die Einleitung des Verfahrens gehen, d. h. sofort die „neuerliche Vernehmung des Angehaltenen durch den Richter" und die neuerliche „Untersuchung durch einen oder zwei Sachverständige" anordnen.

Volle Klarheit darüber, ob die Anstaltsleitungen zu dieser Evidenzhaltung verpflichtet sind oder nicht, war aber aus dem Wortlaute der Be-

stimmung nicht zu gewinnen. Demgemäß verhielten sich auch Anstalten und Gerichte bisher ganz verschieden.

Eine große Reihe von Anstalten berichtet, daß das Gericht an sie den Anspruch der Evidenzhaltung der Anhaltungsfristen und der Anzeige ihres Ablaufes bisher nicht gestellt habe; so Brünn, Dobrzan, Feldhof, Iglau, Kulparkow, Niedernhart, Valduna, Steinhof. Einige Direktoren erklären, daß ihre Anstalt diese Evidenzführung auch nicht leisten könnte. Der Direktor einer böhmischen Anstalt berichtet: „Die Evidenz der Anhaltungsfristen wird von uns nicht gefordert. Die Fristen werden übrigens vom Gericht nicht durchwegs eingehalten; und die Anstalt kümmert sich nicht darum, die Anhaltung wird trotz dem Ablaufe der Frist weitergeführt, wenn es die Anstaltsleitung für gut findet." — An anderen Orten verlangt, bzw. wünscht das Gericht Evidenzhaltung und Anzeige seitens der Ansalt. So in Hall in Tirol; doch hat, wie der Direktor berichtet, die Anstalt dieselbe „vorläufig nicht übernommen". Für Mauer-Öhling hat das Gericht bei der Anstaltsdirektion auf die Evidenzhaltung und Anzeige gedrungen — nach Ansicht des Direktors unnötigerweise, „da die Evidenzhaltung doch bei Gericht so wie so erfolgen muß".

Die Direktion der mährischen Anstalt Kremsier, berichtet folgendes: „Laut Erlaß des k. k. Justizministeriums vom 9. März 1917, Z. 7539/17, sind die Anstalten in erster Linie zur Überwachung der Anhaltungsfristen verpflichtet und es wurde dies auch von dem k. k. Bezirksgerichte in Kremsier mit der Zuschrift vom 3. April 1917 abverlangt. — Bis nun machte diese Evidenzhaltung keinerlei Schwierigkeiten, da es sich im Anfange nur um einige wenige Fälle handelte. Mit der Zunahme derselben werden die Schwierigkeiten immer größer und es wird der Anstalt damit eine neue zeitraubende Mehrarbeit entstehen, die bei etwaiger Unterlassung zu Unannehmlichkeiten führen dürfte und eigentlich die Anstalten nicht interessiert, denn über die Anhaltungstermine sollte doch jenes Amt wachen, welches sie bestimmt."

Der seitens der Direktion in Kremsier zitierte Erlaß des Justizministeriums war mir bis dahin nicht bekannt, wie er ja offenbar auch den übrigen — mit Ausnahme des Direktors der schlesischen Anstalt in Troppau, der ihn gleichfalls erwähnt — Anstaltsdirektoren unbekannt geblieben ist. Auf meine Bitte hin hat mir die Direktion in Kremsier eine Abschrift folgender, offenbar an die in Betracht kommenden mährischen und schlesischen Bezirksgerichte, gerichteten, vom 20. März 1917 datierten Zuschrift des k. k. mährisch-schlesischen Oberlandesgerichtspräsidiums zugehen lassen:

„Im Hinblick auf die Anfrage eines Bezirksgerichtes, ob das Gericht oder die Anstalt den Ablauf der für die Zulassung der Anhaltung im Anhaltungsbeschlusse bestimmten Frist zum Zwecke der neuerlichen Vernehmung und Untersuchung des Angehaltenen zu überwachen hat, hat das Justizministerium mit dem Erlasse vom 9. März 1917, Zahl: 7539/17, folgendes eröffnet:

Indem das Anhaltungsgericht die Dauer der Zulässigkeit der Anhaltung bestimmt, legt es der Anstalt eine Pflicht auf. Es ist daher ebenso, wie wenn sonst im außerstreitigen Verfahren jemandem eine Frist gegeben wird, zunächst Pflicht dessen, dem die Frist auferlegt ist, die Frist einzuhalten, und



wenn er eine Verlängerung der Frist anstrebt, rechtzeitig dem Gerichte die nötigen Mitteilungen zu machen. Es ist demnach zweifellos Pflicht der Anstalt, die Anhaltungsfrist zu dem Zwecke zu überwachen, damit sie bei Ablauf der Frist, woferne keine andere gerichtliche Verfügung inzwischen getroffen worden ist, unverzüglich die Entlassung des Angehaltenen vornehmen kann. Ist die Entlassung wegen des Zustandes des Kranken untunlich, so hat die Anstalt dies dem Gerichte anzuzeigen, damit es die neuerliche Vernehmung und Untersuchung des Kranken in die Wege leite (§ 23, Abs. 3 E.-O.).

Die gerichtliche Überwachung wird sich darauf zu beschränken haben, festzustellen, ob die vom Gerichte festgesetzte Anhaltungsfrist nicht überschritten wird.

Langt nicht rechtzeitig eine Anzeige über die Entlassung oder über die Notwendigkeit der weiteren Anhaltung des Kranken beim Gerichte ein, so hat es bei der Direktion der Anstalt darüber anzufragen." —

Mit diesem Erlasse wäre also die Frage im Sinne der Verpflichtung der Anstaltsleitungen entschieden. Es muß zugegeben werden, daß das Gesetz die Handhabe dazu bietet. In dieser Erkenntnis habe ich auch in Klosterneuburg — das gleiche berichtet auch der Direktor der Dobrzaner Anstalt — die Evidenzhaltung der Anhaltungsfristen und die Anzeige des Fristablaufes, ohne erst eine Aufforderung seitens des Gerichtes abzuwarten, von Anfang an durchgeführt. Damit wollte ich aber keineswegs dokumentieren, daß ich es für richtig oder nötig halte, die Anstaltsleitungen damit zu belasten; im Gegenteile schließe ich mich den Anstaltsleitern vollständig an, die der Ansicht sind, daß diese Mehrbelastung den Anstaltsleitungen ohne jeden Nachteil erspart werden kann und soll. Das Gericht m u ß die Fristen zum Zwecke der Überwachung ihrer Einhaltung in Evidenz halten; wozu also dieselbe Leistung auch noch von der Anstaltsleitung verlangen? Das Gericht hat es nicht nötig, seitens der Anstaltsleitung auf den bevorstehenden Ablauf einer Frist erst aufmerksam gemacht zu werden —, freilich nur bei entsprechender Amtsgebarung, bzw. fehlerfreier Akten- und Registerführung seitens des Gerichtes selbst.

Von § 23, Abs. 4, wird nach übereinstimmenden Nachrichten nur selten Gebrauch gemacht, und zwar fast ausschließlich von querulierenden Paranoikern. In den meisten, und selbst in ganz großen Anstalten ist bisher noch kein derartiger Fall vorgekommen.

Das dem noch nicht entmündigten Angehaltenen nach § 23, 4, eingeräumte Recht, eine neuerliche Untersuchung und Entscheidung vor Ablauf der Anhaltungsfrist zu verlangen, hat nach dem klaren Wortlaute des Gesetzes mit dem Rekursrechte des Angehaltenen nichts zu tun. Es kann daher nur auf einem Irrtume beruhen, wenn das Gericht in Kosmanos einen Pflegling, der, „mit vier Monaten befristet, neuerliche Untersuchung (sc. vor Ablauf dieser Frist) anstrengte, w e g e n V e r s ä u m u n g d e r N o t f r i s t f ü r R e k u r s e r g r e i f u n g abgewiesen hat". Interessant als Beitrag zu dem früher zum § 22 Gesagten ist es übrigens, daß dieser Pflegling, nach Mitteilung des Direktors „ein schwer belasteter Paranoiker und Halluzinant, der dissimuliert", bei der zweiten Untersuchung (nach Ablauf der vier-



monatigen Frist) als „der Anstaltspflege nicht bedürftig befunden und seine Entlassung von Gerichts wegen verfügt wurde".

Die Angehörigen des Angehaltenen machten nur höchst selten von § 23, 4, Gebrauch, und zwar, wie es scheint, nur dann, wenn die Bestätigung eines Entlassungsreverses seitens der Behörde (etwa wegen Mangels entsprechender häuslicher Aufsicht) verweigert wird.

§ 24.

§ 24 handelt vom Rekursrecht.

Was zunächst die Angehaltenen selbst betrifft, so sind große Unterschiede der Häufigkeit ihrer Rekurse in den verschiedenen Anstalten zu konstatieren. In vielen Anstalten ist überhaupt noch kein Rekurs eines Pfleglings vorgekommen, in anderen Anstalten sind sie an der Tagesordnung oder doch nicht selten. Dies erklärt sich leicht daraus, daß oft, wo einmal ein querulierender Pflegling auf die Idee zu rekurrieren gekommen ist, damit zugleich ein Agitationszentrum und eine Winkeladvokatur für Rekurse entstanden ist. — Keine einzige Anstalt berichtet über einen im Sinne des Verlangens des Angehaltenen entschiedenen Rekurs. Alle Direktoren der Anstalten, in welchen Rekurse Kranker vorgekommen sind — in einer gab es bereits mehrere Rekurse bis zum Obersten Gerichtshof —, berichten über höchst ungünstige Beeinflussung des Geisteszustandes dieser Kranken durch Rekurs, Warten auf die Erledigung, ungünstige Erledigung usw. Der einzige Erfolg war, wie ein Direktor berichtet, regelmäßig „eigene Beunruhigung und die der nächsten Umgebung, Steigerung der Querulanz, Verdächtigung und Bedrohung des Direktors".

Auch den „Vertretern" des Angehaltenen steht nach § 24, Abs. 1, der Rekurs „gegen den Beschluß über Anhaltung" zu. Ein solcher Fall scheint bisher noch nirgends vorgekommen zu sein. Desgleichen weiß keine Anstalt über einen Rekurs seitens des „bei der politischen Landesbehörde zur Irrenpflege bestellten Sanitätsorganes" zu berichten.

Was das Rekursrecht des Anstaltsleiters „gegen den Beschluß, mit dem die Entlassung des Angehaltenen aus der Irrenanstalt verfügt wurde", betrifft, so ist zu berichten, daß der Direktor in Kulparkow in einigen Fällen, wie er sagt, „mit gutem Erfolge protestierte", wogegen Rekurse des Direktors der Anstalten „Am Steinhof" „wiederholt im gegenteiligen Sinne erledigt wurden, d. h. die ausgesprochene Geheilterklärung aufrecht erhalten wurde". Im allgemeinen, muß gesagt werden, machen die Direktoren von dem Rekursrechte nach § 24 keinen Gebrauch, und zwar, wie einige von ihnen anführen, „aus selbstverständlichen" oder „aus prinzipiellen Gründen", bzw. „weil der Anstaltsleiter dazu nicht verpflichtet ist und weil das Vertrauensverhältnis zwischen Kranken und Arzt einen derartigen Schritt geradezu verbietet". Ein Direktor berichtet: „Die Anstaltsdirektion hat den ihr eingeräumten Weg des Rekurses bei Unzulässigkeitserklärungen nicht betreten, weil sie die Entlassungsgelegenheit nicht vorbeigehen lassen wollte. Vier Fälle kehrten in Bälde zurück, wodurch der Gerichtsbeschluß richtiggestellt wurde."

Auch ich rekurriere nicht — offen gesagt —, weil der Anstaltsleiter



unter den gegebenen Umständen höchst geringe Aussicht hat, sich mit einem Rekurse durchzusetzen. Eine neuerliche Untersuchung wird durch den Rekurs des Anstaltsleiters nicht ausgelöst; der Rekurssenat des betreffenden Landesgerichtes entscheidet vielmehr einfach nach der Aktenlage, d. h. vor allem auf Grund des Gutachtens der, resp. des Sachverständigen im Anhaltungsverfahren einerseits, der den Rekurs begründenden Gegenausführungen des Anstaltsleiters andererseits. Davon will ich nun, ganz abgesehen, daß der Rekurssenat, bzw. der betreffende Referent des Rekurssenates als Laie in psychiatrischen Dingen gar nicht imstande ist, die Ausführungen der, resp. des Sachverständigen und die Gegenausführungen des Anstaltsleiters ihrem Werte nach richtig zu beurteilen, sie sachgemäß zu vergleichen, sich auf Grund der beiderseitigen Ausführungen ein richtiges Bild von dem Falle zu machen und so zu einer richtigen Entscheidung zu gelangen. Was ich aber besonders betonen will, ist die Tatsache, daß den Gegenausführungen des Anstaltsleiters von vornherein nicht das gleiche Gewicht beigelegt wird, wie den Ausführungen der, resp. des Sachverständigen. Ich möchte da wieder auf Sternberg hinweisen. Er sagt zu diesem Punkte u. a.: „Zweifellos war es nicht nötig, dem Anstaltsleiter dieses Recht einzuräumen. Gründe des öffentlichen Interesses können hier nicht mitspielen; ein Privatinteresse des Anstaltsleiters kann nicht Berücksichtigung finden und die Interessen des Angehaltenen brauchen von ihm nicht gewahrt zu werden. Darum wird unseres Erachtens ein Rekurs des Anstaltsleiters mit einiger Vorsicht behandelt werden müssen." Wenn nur ein ganz klein wenig von dieser Tendenz auch dem betreffenden Rekurssenate eigen ist, so ist der Anstaltsleiter mit seinem Rekurse schon recht im Nachteile. Auch beeinträchtigt es das Gewicht seiner Gegenausführungen nicht unwesentlich, daß mit jeder „Unzulässigkeits"erklärung für ihn der wenn auch nicht ausdrücklich ausgesprochene Vorwurf einer Pflichtverletzung verbunden ist — ein Anstaltsleiter hat diesen Vorwurf nebenbei bemerkt, so schwer empfunden, daß er nach einigen wenigen, ihm widerfahrenen „Unzulässigkeits"erklärungen der Gerichtskommission um die Disziplinaruntersuchung gegen sich gebeten hat —, und daß die Gegenausführungen des Anstaltsleiters im Rekurse daher Gefahr laufen, vom Richter sozusagen als zur eigenen Verteidigung des Anstaltsleiters vorgebracht angesehen und demzufolge nicht mehr als objektiv eingeschätzt zu werden. Auf der anderen Seite besteht bei den Richtern von vornherein die Neigung, dem Sachverständigengutachten die Bedeutung eines Obergutachtens gegenüber der Ansicht des Anstaltsleiters oder auch, nebenbei bemerkt, des Vorstandes der Klinik beizumessen. Und was das Gesetz betrifft, so hütet es sich zwar wohlweislich, dem Sachverständigengutachten das Gewicht eines Obergutachtens in diesem Sinne ausdrücklich zuzuschreiben, verleiht ihm dieses Gewicht aber faktisch doch, was eben daraus hervorgeht, daß sich die Entlassungsverfügung, wie überhaupt, so auch in den Fällen, in denen sie gegen den ausdrücklichen Willen des Anstaltsleiters erfolgt, doch trotz aller Verbrämungen, abgesehen von dem durchaus belanglosen Ergebnisse der Vernehmung durch den Richter, ausschließlich auf das Sachverständigengutachten stützt. Was aber die Verwendung dieses Gutachtens im Falle eines Rekurses betrifft, ist zu bedenken, daß es durch die erstrichterliche Approba-

tion noch dazu eine Art höhere Weihe empfangen hat. Auf der einen Seite also Momente, die das Gewicht der Ausführungen des Anstaltsleiters verringern, auf der anderen solche, die das Gewicht des Sachverständigengutachtens über Gebühr erhöhen. Der Anstaltsleiter hat daher von vornherein alle Aussicht, mit seinem Rekurse durchzufallen [1]).

Es soll aber nicht so sein, es muß vielmehr — ich vertrete diesen Standpunkt, weil ich es im Gegensatze zu Sternberg und anderen geradezu für die Pflicht des Anstaltsleiters halte, „die Interessen des Angehaltenen" zu wahren — dem Anstaltsleiter die Möglichkeit geboten sein, sich gegen

[1]) Was ich da sage, ist nicht etwa bloß Theorie. Es sind mir u. a. die Akten, einen ausgesprochenen Fall von moralischem Schwachsinn betreffend, zugestellt worden. Nach dem bekannten jahrelangen Martyrium entschließt sich die Mutter, Psychiater um Rat zu fragen. Drei sehr angesehene Wiener Psychiater, darunter ein Professor und zwei Landesgerichtspsychiater, erklären, die Unterbringung in einer Irrenanstalt sei notwendig. Auf Grund des Pareres eines Landesgerichtspsychiaters kommt der Kranke zur Aufnahme — nicht in einer niederösterreichischen Anstalt, wie ich ausdrücklich bemerke! —, und zwar zunächst freiwillig; sein Verhalten macht aber bald die Versetzung in eine geschlossene Abteilung nötig. Der Sachverständige im Anhaltungsverfahren — es wurde auch in diesem Falle nur ein Sachverständiger bestellt — gibt zunächst alle Defekte des Untersuchten zu, schließt aber dann: „Seine Anhaltung in der Irrenanstalt ist nicht am Platze, zumal es sich nicht beurteilen läßt, inwieweit seine Unfähigkeit zum geordneten Gemeinschaftsleben in der Anlage begründet ist, und es nicht ausgeschlossen erscheint, daß die ethische Defektuosität durch erzieherische mit Sachkenntnis und Energie unternommene Einflüsse mit den Jahren, mit der Reifung seiner Persönlichkeit, bis zu einem gewissen Grade verschwindet. Karl R....., welcher sich in den Entwicklungsjahren befindet, gehört in eine geeignete Erziehungsanstalt."

Daraufhin wird seine weitere Anhaltung — mit der eben vorgebrachten Erklärung des Sachverständigen als Begründung — als unzulässig erklärt. Der Direktor, ein seit ungefähr 30 Jahren im Fache tätiger, sehr angesehener Psychiater, legt gegen den Beschluß den Rekurs ein unter Beibringung einer ausführlichen Begründung. Das betreffende Landesgericht als Rekursgericht ergeht sich in seinem Beschlusse zunächst in juristischen Auseinandersetzungen über die Form der Eingabe des Direktors: daß sein Einspruch „seinem Aufbaue nach als Rekurs im Sinne des § 24 E.-O. anzusehen" sei, daß er nur gesagt habe, die Anhaltung des K. R. in der Irrenanstalt sei am Platze, aber „keinen präzisen Antrag gestellt habe" (!), und erklärt dann kurz, dem Rekurse sei keine Berechtigung zuzuerkennen, der angefochtene Beschluß erscheine vielmehr aus der beigegebenen zutreffenden Begründung des Erstrichters gerechtfertigt. Dann folgt noch eine ausführliche Belehrung auf Grund der Annahme, daß K. R. eben nicht krank sei, eine Belehrung, die in folgender Enunziation kulminiert: „Einer der wesentlichen Gründe für die Erlassung der neuen E.-O. war der, ähnliche mißbräuchliche Anhaltungen, die früher vorgekommen sein sollen, zu verhindern. Mag also die Zwangserziehung des K. R. notwendig und dringlich sein, die Zulässigkeit seiner Anhaltung in einer Irrenanstalt kann sie



seiner Ansicht nach ungerechtfertigte Entlassungsverfügungen mit voller Aussicht auf Erfolg — für den Fall der Richtigkeit seiner Auffassung des Falles — zu wehren.

Dies ist aber auf Grund der Bestimmungen der E.-O. nicht zu erreichen, auch mit noch so weit entgegenkommenden Durchführungsverordnungen nicht, sondern nur auf dem Wege einer Revision des Gesetzes. Und zwar hätte an die Stelle des Rekursrechtes das Recht des Widerspruches oder Einspruches des Anstaltsleiters zu treten. Dieser Widerspruch hätte analog dem

---

nicht rechtfertigen, zumal der gerichtlich beeidete Sachverständige nach genauer Untersuchung des K. R., der die Entlassung wünscht, und der erhebende Richter auf Grund seiner persönlichen Wahrnehmungen die Anhaltung in der Irrenanstalt als nicht am Platze erklären."

Zu diesem Falle möchte ich namentlich folgendes bemerken: In der Tat gehört, wie u. a. auch von mir, schon vor bald 20 Jahren, näher ausgeführt worden ist, ein Großteil auch derjenigen Personen, deren moralische Defektuosität als pathologisch begründet zu erkennen ist, nicht in die Irrenanstalt. Eigene Anstalten wären für diese Individuen, die in die große Gruppe der psychopathisch Minderwertigen (Koch) oder der psychopathischen Persönlichkeiten (Kraepelin) gehören, notwendig: „Schutz- und Besserungsanstalten für psychopathisch Minderwertige," wie sich Koch ausgedrückt hat. Aber das gilt eben bloß für einen großen Teil dieser Fälle, keineswegs für alle; vielmehr gibt es unter ihnen sicherlich auch solche, die, wenigstens solange wir geeignete Spezialanstalten für psychopathische Minderwertige der bezeichneten Art noch nicht haben, ganz gut in Irrenanstalten untergebracht werden können, zumal, wie mir Kraepelin richtig zu sagen scheint, „wesentlich ist", daß derartige Personen „auf irgend eine Weise aus dem Gemeinschaftsleben entfernt und auf tunlichst lange Zeit unschädlich gemacht" werden. Aber abgesehen davon; wenn ich es auch einerseits begreiflich und gerechtfertigt finde, daß sich die Leiter der Landesirrenanstalten sozusagen vom Standpunkte der Anstaltspolitik gegen die Einweisung und gegen die Zumutung einer längeren Anhaltung psychopathisch Minderwertiger ohne Unterschied, also gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der Irrenanstalten für diesen Zweck, zur Wehre setzen, kann ich doch andererseits nicht glauben, daß ein rechtliches Interesse an der Entlassung dieser Personen aus der Irrenanstalt besteht, da die Berechtigung ihrer Anhaltung in einer „geschlossenen" Anstalt — eine solche müßte ja sicherlich auch, wenigstens zum Teil, eine Schutz- und Besserungsanstalt für psychopathisch Minderwertige sein — meines Erachtens außer Frage steht. Sicher steht aber nach meiner Meinung weiter, daß in vielen Fällen die Entscheidung darüber, ob der mit einem pathologischen Defekte der Moral Behaftete als geistesschwach zu bezeichnen sei, zu den schwierigsten, subtilsten Fragen, die dem Psychiater gestellt werden können, gehört, abgesehen davon, daß eine genaue Definition des Begriffes: Geistesschwäche nicht existiert. Im erwähnten Rekursfalle ist auf diesen springenden Punkt im Anhaltungsverfahren gar nicht erst eingegangen, sondern über den Kopf einer ganzen Reihe von Fachmännern hinweg einfach dekretiert worden, daß Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes nicht vorliege.

Widerspruche im Entmündigungsverfahren ein neues Verfahren auszulösen. Den wesentlichsten Teil dieses Verfahrens hätte eine neuerliche Untersuchung des Angehaltenen zu bilden. Als Sachverständige wären für diese Untersuchung zwei Psychiater vom Fach zu bestellen, deren Gutachten gegebenenfalls wirklich als Obergutachten gewertet werden könnte. Erst auf Grund des gegen ihn sprechenden Ergebnisses dieser Begutachtung sollte der Anstaltsleiter verhalten werden können, einen Kranken gegen seinen Willen zu entlassen.

Ich bin zum Schlusse meiner Ausführungen zum III. Abschnitte der E.-O. gekommen, und gehe nunmehr daran, diejenigen in den übrigen Abschnitten enthaltenen Bestimmungen zu besprechen, welche die Irrenanstalten tangieren.

§ 1.

Pfleglinge der Irrenanstalten werden begreiflicherweise in der Regel, wenn überhaupt, nach § 1, Abs. 1, voll entmündigt. Nur in einigen wenigen Fällen kommt es zur beschränkten Entmündigung nach § 1, Abs. 2. So in den Anstalten „Am Steinhof" (Jahresziffer der Aufnahmen beiläufig 3000) in der Zeit vom 1. September 1916 bis 1. September 1917 in 11 Fällen. „Vereinzelte", bzw. „einige" Fälle gab es bereits in fast allen größeren Irrenanstalten. —

Die Einleitung des Entmündigungsverfahrens, bzw. die Entmündigung, sei es die volle oder die beschränkte, muß nicht erfolgen, wenn auch die Voraussetzungen hinsichtlich des geistigen Zustandes dazu gegeben sind. Es kann davon abgesehen werden, wo, wie es in den „Erläuterungen„ heißt, „weder die Person des Kranken noch dessen Vermögen einen besonderen Anlaß zur Bestellung einer Kuratel geben". Demgemäß wird auch in allen Irrenanstalten eine beträchtliche Anzahl von Personen, deren Anhaltung als zulässig erklärt worden ist, nicht entmündigt.

Die Beurteilung, ob im speziellen Falle ein rechtlicher Grund für die Entmündigung gegeben ist oder nicht, ist selbstverständlich ganz dem Juristen anheimgegeben. Der Arzt hat keinen Einfluß darauf, kann sich aber seine Gedanken darüber machen. Da ist es nun die Meinung mehrerer Anstaltsleiter, daß die Entmündigung durch das jetzige Verfahren nicht nur oft verzögert wird, sondern nicht selten auch unterbleibt, in Fällen, in denen sie notwendig wäre [1]). Ich schließe mich dieser Ansicht an, zumal ich den Eindruck gewonnen habe, daß es nach der Auffassung vieler Richter überhaupt nur einen einzigen Rechtsgrund für die Entmündigung gibt, nämlich den Besitz eines Vermögens; wer ein Vermögen hat, wird daher entmündigt,

[1]) Für eine statistische Behandlung dieser Frage ist der Zeitpunkt noch nicht gegeben, da die Entmündigung, wenn überhaupt, erfahrungsgemäß oft erst nach einer längeren Reihe von Monaten der Anhaltung eingeleitet wird und demnach die Entmündigung einer Anzahl jener Personen, deren Anhaltung in den letzten Monaten des ersten Jahres der Wirksamkeit des Gesetzes als zulässig erklärt worden ist und derzeit tatsächlich noch fortdauert, erst noch zu erwarten steht. Auch sind die Verhältnisse noch zu wenig geklärt, und darf angenommen werden, daß der Prozentsatz der Entmündigungen,



wer keines hat, nicht. Meines Erachtens wären aber auch noch andere Güter zu schützen, vor allem die Arbeitskraft einer vermögenslosen Person, und ist die Frage, ob ein rechtlicher Grund für die Entmündigung vorliegt oder nicht, im allgemeinen keineswegs nach der Schablone zu behandeln.

Einen bemerkenswerten Grund für die Entmündigung betont *Hermann*: „Wenn sich (aber) die *dauernde* Unterbringung eines vermögenslosen Geisteskranken in einer Anstalt als notwendig erweist, wird sich *zur Vermeidung des von Jahr zu Jahr zu wiederholenden Beschlusses* über die Anhaltung (§ 23, Abs. 1) die Einleitung des Entmündigungsverfahrens empfehlen." — Soviel ich sehe, ist dieser Entmündigungsgrund bisher wenig berücksichtigt worden. In Klosterneuburg wenigstens ist in den allerletzten Monaten bereits eine Reihe von Geisteskranken, Idioten, verblödeten Epileptikern usw., deren „dauernde Unterbringung . . . sich als notwendig erweist", darunter auch solche, die schon vor der ersten Untersuchung auf Anhaltungszulässigkeit jahrelang in der Anstalt untergebracht waren, nach Ablauf eines Jahres zum zweiten Male zur Untersuchung gekommen, weil die Entmündigung bis dahin unterblieben ist —, wogegen für eine andere Reihe von Angehaltenen, deren neuerliche Untersuchung weit eher am Platze wäre, eine solche nicht in Aussicht steht, weil sie bereits unter Zugrundelegung des ersten Gutachtens im Anhaltungsverfahren entmündigt und damit sozusagen gerichtlich erledigt worden sind. Es bleibt abzuwarten, ob die Entmündigung der Dauerfälle im zweiten Jahre regelmäßiger erfolgen wird. In manchen Fällen wird wohl die Beschwerde der Personen, die für die Kosten der wiederholten Untersuchungen aufkommen müssen, dazu führen. Mehr könnte aber jedenfalls auf dem Wege einer Durchführungsverordnung erreicht werden, zumal viele Richter auf den in Betracht kommenden Zusammenhang noch nicht aufmerksam geworden zu sein scheinen, und es nur darauf anzukommen scheint, sie darauf aufmerksam zu *machen*. Vor wenigen Tagen ging mir die Anfrage eines Gerichtes zu, ob die Direktion der Anstalt ein Interesse an der Entmündigung des I. M. habe. Ich wies in der Antwort unter Berufung auf *Hermann* auf die Notwendigkeit der „dauernden Unterbringung" als Entmündigungsgrund hin, worauf das betreffende Gericht nicht nur für I. M., sondern noch für zwei andere Fälle, für die es zuständig war, das Entmündigungsverfahren einleitete und durchführte.

Hermann führt weiter aus: „Für die Entscheidung, ob auf volle oder beschränkte Entmündigung . . . zu erkennen ist, bleibt lediglich der

---

wenn die Richter das Gesetz einmal in allen seinen Bestimmungen genauer erfaßt haben werden, ein bedeutend größerer sein wird als jetzt. Es hat also nur den Wert eines Beitrages zu beiläufiger Orientierung, wenn ich erwähne, daß von denjenigen Personen, deren Anhaltung in der Zeit vom 1. September 1916 bis zum 1. September 1917 in Klosterneuburg als zulässig erklärt worden ist und deren Abgang nicht vor der Zeit, innerhalb welcher die Entmündigung erfahrungsgemäß zu erfolgen pflegt, stattgefunden hat, 22·6%, bzw. wenn die Personen unter 24 Jahren nicht mitgerechnet werden, 31% entmündigt, und zwar voll entmündigt worden sind.

Grad der durch die Krankheit verursachten Behinderung der Handlungsfähigkeit maßgebend. Es kann zweckmäßig sein, einem geistig ganz beschränkten, aber arbeitsfähigen Geisteskranken den Abschluß von Dienstverträgen zu ermöglichen. In solchem Falle ist auf beschränkte Entmündigung zu erkennen, wiewohl die Voraussetzungen zur vollen Entmündigung gleichfalls gegeben wären." Dieser Gesichtspunkt wird im allgemeinen nicht berücksichtigt — würde er es, so wären viele Geisteskranke, die voll entmündigt worden sind, beschränkt entmündigt worden —; für die beschränkte Entmündigung wird vielmehr, wie aus den „Begründungen" hervorgeht, nur die geringere Schwere der Geisteskrankheit oder Geistesschwäche als maßgebend angesehen.

§ 4.

Von den in diesem Paragraph enthaltenen Bestimmungen ist besonders die interessant, nach der „wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beschränkt Entmündigte . . . eine Ehe eingehen können" — allerdings „nur mit Einwilligung des Beistandes und des Gerichtes". Es erübrigt sich, auf diese viel erörterte und umstrittene Frage hier näher einzugehen, zumal der Anstaltsarzt wohl nur ganz ausnahmsweise in die Lage kommen wird, sich mit ihr praktisch befassen zu müssen.

Erwähnt sei, daß sich u. a. Papírník[1]) gegen diese Bestimmung wendet, weil (vgl. Referat von Jar. Stuchlík in Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Ref.-Bd. 14, S. 584) die Bestimmungen so biegsam seien, daß gerade die chronischen Patienten, aus deren Familien, wie die Erfahrung lehre, sich die meisten Degenerierten u. dgl. rekrutieren, die Gesellschaft in Gefahr bringen können, und außerdem die Bestimmung in schroffem Gegensatz zu den modernsten eugenischen Bestrebungen stehe.

Gar so groß ist diese Gefahr aber meines Erachtens nicht, vorausgesetzt, daß die den Gerichten im Justizministerialerlaß vom 14. Juli 1916, VBl. Nr. 25, dringend nahegelegte Vorsicht wirklich geübt wird. Wenn der Justizministerialerlaß sagt: „Es ist selbstverständlich, daß eine solche Ehebewilligung nur nach gründlicher Erhebung und eingehender Erwägung aller in Betracht kommenden Umstände und je nach Lage des Falles erst nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens erteilt werden kann," möchte ich allerdings der Meinung Ausdruck geben, daß ein ärztliches Gutachten in jedem Falle, und nicht nur „je nach Lage des Falles", einzuholen wäre, und daran zugleich das Petitum knüpfen, daß diese Begutachtung stets in die Hände wirklicher Sachverständiger gelegt werde, was nach den allgemeinen Erfahrungen seit der Wirksamkeit der E.-O. leider nicht ganz sicher zu erwarten steht.

§ 8.

Die Bestellung eines „vorläufigen Beistandes" im Sinne des § 8, Abs. 1, erfolgt nur äußerst selten schon vor der Untersuchung im Anhaltungsverfahren. Wo im Entmündigungsverfahren Fristen beschlossen werden

[1]) Papírník A. E., Zur neuen Verordnung über Bevormundung mit Rücksicht auf die Insassen öffentlicher Irrenanstalten. Časopis českých lékařův 56, 509 1917 (böhmisch).



— fast in allen Anstalten, aber doch nicht überall kommt dies, nach den Mitteilungen der Direktoren zu schließen, vor —, wird in der Regel auch für die Dauer der Frist ein „vorläufiger Beistand" bestellt, der also sozusagen an Stelle des vor dem Inkrafttreten der E.-O. in solchen Fällen bestellten „provisorischen Kurators" getreten ist.

Von der Bestellung eines „besonderen Kurators"[1]) nach § 8, Abs. 4, wird seitens keiner Anstalt Erwähnung getan.

§ 26.

§ 26 führt in Abs. 1 und Abs. 2 aus, wer zum Antrage auf Entmündigung berechtigt ist. Es geht daraus hervor, daß die Anstalt, resp. der Leiter der Anstalt, in welcher ein Geisteskranker untergebracht ist, nicht zu den Antragsberechtigten zählt. Dies ist im Hinblicke auf gewisse Fälle zu bedauern. In nicht wenigen Fällen erfolgt die Entmündigung in Anstalten angehaltener Geisteskranker nicht, weil einerseits nach Ansicht des Gerichtes „kein rechtliches Interesse (für Entmündigung) vorliegt" und es demnach zur Einleitung des Verfahrens von Amts wegen nicht kommt, weil andererseits der Kranke ganz allein steht, d. h. weder Angehörige, die sich für ihn interessieren würden, noch einen gesetzlichen Vertreter hat, es demnach auch

[1]) Es sei bei dieser Gelegenheit eine Übersicht über die verschiedenen Kuratoren, Beistände und anderen „schützenden" Personen gegeben, mit denen die Entmündigungsordnung den angehaltenen, sowie den zu entmündigenden, resp. schon entmündigten Geisteskranken umgibt: 1. Zur Fürsorge für die Person und das Vermögen des voll Entmündigten wird ein Kurator bestellt. Diesem gleich ist der Kurator, wie er vor Beginn der Wirksamkeit der E.-O. für den wegen Wahn- oder Blödsinns unter Kuratel Gestellten bestellt wurde. 2. Wer beschränkt entmündigt ist, erhält nach § 4, Abs. 1, einen Beistand; dieser hat im allgemeinen „die Rechte und Pflichten eines Vormundes, doch kann das Pflegschaftsgericht dem Beistande die Verfügung über das, was sich der Entmündigte durch seinen Fleiß erwirbt, vorbehalten". Es ist also zu unterscheiden zwischen Beiständen a) mit vollen Rechten, b) mit im erwähnten Sinne verminderten Rechten. 3. „Wenn es zum Schutze einer eigenberechtigten Person dringend notwendig ist, so soll ihr nach der Aufnahme in eine Irren- oder ähnliche Pflegeanstalt oder nach Einleitung des Entmündigungsverfahrens auf Antrag oder von Amts wegen ein vorläufiger Beistand bestellt werden." (§ 8, Abs. 1.) Dieser vorläufige Beistand „hat die Rechte und Pflichten des Beistandes eines Entmündigten". Das Gericht kann aber „bei der Bestellung oder später den Wirkungskreis des vorläufigen Beistandes mit Rücksicht auf Grund und Zweck der Bestellung sowie auf das Interesse des Pflegebefohlenen beschränken oder begrenzen". (§ 9, Abs. 1.) Es ist also wieder zu unterscheiden zwischen vorläufigen Beiständen a) mit ganzem, b) mit beschränktem oder begrenztem Wirkungskreise. 4. „Wenn gegen eine Person, die in einer Irrenanstalt aufgenommen oder über welche das Verfahren zur Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche eingeleitet ist, Klage erhoben wird oder Exekution bewilligt werden soll, kann im Falle der Dringlichkeit das Prozeßgericht oder das zur Exekutionsbewilligung zuständige



nicht zur Stellung eines Antrages seitens einer der nach § 26, Abs. 1, antragsberechtigten Person kommt, und schließlich auch für den Staatsanwalt kein Grund vorliegt, die Entmündigung (nach § 26, Abs. 2) zu beantragen. Unter diesen nichtentmündigten angehaltenen Geisteskranken befindet sich nun ab und zu einer, für den ein Kurator oder Beistand aus dem Grunde erwünscht wäre, weil die Entlassung des Kranken in Erwägung gezogen werden könnte, wenn in Aussicht stünde, daß dem Kranken wenigstens in der ersten Zeit nach der Entlassung eine verläßliche Person zur Seite stehen werde. Für solche Fälle wäre also die Antragsberechtigung der Anstaltsdirektion erwünscht.

Ein Weg zur Erreichung der Entmündigung steht freilich der Anstaltsdirektion in solchen Fällen offen. Nach § 8 soll, „wenn es zum Schutze einer eigenberechtigten Person dringend notwendig ist, ihr nach der Aufnahme in eine Irren- oder ähnliche Pflegeanstalt . . . auf Antrag oder von Amts wegen ein vorläufiger Beistand bestellt werden“. Wer zur Stellung dieses Antrages berechtigt ist, erscheint nirgends ausgeführt; jedenfalls aber muß der Angehaltene selbst dazu berechtigt sein — und der Anstaltsarzt kann ihn dazu, wenn er will, anleiten. Ob der „vorläufige Beistand“ selbst schon als die Person angesehen werden kann, der der Kranke bei der

---

Gericht einen besonderen Kurator gemäß § 8 Z. P. O. bestellen.“ Dieser besondere Kurator ist, wie Hermann betont, nicht mit dem vorläufigen Kurator zu verwechseln. 5. Nach § 30 muß, wenn von der Ladung des zu Entmündigenden zu den „Untersuchungen, Vernehmungen und sonstigen Verhandlungen“ im Entmündigungsverfahren abgesehen werden muß („wenn sein persönliches Erscheinen nicht möglich oder für ihn schädlich wäre“), die Ladung seinem Vertreter oder, „wenn ein solcher fehlt, einem für ihn bestellten Kurator zugestellt werden“. Dieser Kurator wird in der Überschrift des Formulares Nr. 89 c), das seine Bestellung betrifft, als Zustellungskurator bezeichnet. Diese Bezeichnung ist, wie Sternberg (l. c. erster Band S. 140) mit Recht bemerkt, „irreführend“, denn der Kurator nach § 30 ist kein Zustellungskurator. Nur der Kurator des § 65, Abs. 3, ist für die Zustellung bestimmt. Der Kurator des § 30 ist ein Kurator im weiteren Sinne des Wortes. Er soll nach allen Richtungen die Interessen des Angehaltenen, bzw. des zu Entmündigenden vertreten, sowie auch ganz richtig der Text des Formulares die Worte gebraucht: „zur Vertretung im Entmündigungsverfahren.“ 6. § 65, Abs. 3, lautet: „Die Zustellung an denjenigen, über dessen Anhaltung oder Entmündigung entschieden wird, darf nur unterbleiben, wenn sie wegen seines Zustandes offenbar zwecklos oder für sein Befinden schädlich wäre. Wenn für ihn kein Vertreter eintritt, ist zur Empfangnahme des Beschlusses ein Kurator zu bestellen. Gegen die Bestellung eines solchen findet kein Rechtsmittel statt.“ Auch auf diesen Kurator bezieht sich die Bezeichnung: Zustellungskurator in der Überschrift des Formulars 89 c). Er (Zustellungskurator nach § 65, Abs. 3) ist mit dem Zustellungskurator nach § 30 nicht zu verwechseln; auch wenn ein solcher bestellt wurde, bedarf es nach Hermann „einer neuerlichen Bestellung“. Ein Nur-Zustellungskurator ist im Grunde auch er nicht, ist er doch auch Widerspruchsberechtigter nach § 39, Abs. 2. Jedenfalls



Entlassung übergeben werden könnte, ist nun wohl zumindest fraglich, da der § 10, der von der Enthebung des vorläufigen Beistandes handelt, wie u. a. die Ausführungen Sternbergs zeigen, dahin ausgelegt werden kann, daß der Zeitpunkt der Enthebung „mit dem Zeitpunkte zusammenfallen kann, . . . in welchem der zu Entmündigende“ — es sollte wohl besser heißen: der Angehaltene (Ref.) — „aus der Irren- oder Pflegeanstalt entlassen wird“. Aber — der vorläufige Beistand ist als „gesetzlicher Vertreter“ nach § 26, Abs. 1, zur Stellung des Antrages auf Entmündigung berechtigt; und so könnte der Anstaltsdirektor auf dem Umwege der Anleitung des Kranken zum Antrage auf Bestellung eines vorläufigen Beistandes und der Anleitung des daraufhin bestellten vorläufigen Beistandes zum Antrage auf Entmündigung endlich die Bestellung eines Kurators, bzw. Beistandes, herbeiführen.

Es käme übrigens auf den Versuch an, ob nicht das Gericht auf den Bericht der Anstaltsdirektion hin, obwohl diese nicht eigentlich antragsberechtigt ist, mit der Einleitung des Entmündigungsverfahrens vorginge; eine „Anregung“ (vgl. Hermann) in diesem Sinne kann dem Anstaltsleiter jedenfalls nicht verwehrt werden. Soweit mir bekannt, ist dieser Versuch aber noch nirgends unternommen worden.

---

paßt aber diese Bezeichnung für ihn besser als für den „Zustellungs“kurator nach § 30. 7. Außerdem spricht die E.-O. in einer Reihe von Bestimmungen — z. B. § 23, Abs. 4, § 24, Abs. 1, § 29, § 34, § 38, § 49, § 51 — von dem Vertreter, resp. von den Vertretern des Angehaltenen, resp. des zu Entmündigenden oder auch schon Entmündigten. Der „Vertreter“ kann, wie aus den „Erläuterungen“ zu ersehen ist (z. B. S. 264 oben), ein „gesetzlicher“ oder ein „freiwilliger“ sein. Und Hermann sagt dazu in einer Bemerkung zum Worte Vertreter in § 29: „Gesetzlicher oder freiwilliger, insbesondere der Zustellungskurator nach § 30. Der sogenannte Vertrauensmann ist, mag er auch wegen der zweifelhaften oder mangelhaften Handlungsfähigkeit seines Schutzbefohlenen nicht als Bevollmächtigter anzusehen sein, freiwilliger Vertreter. Die Beteiligung des Vertrauensmannes am Verfahren kann auch auf § 217 a. B. G. B. und auf Seite 2, Z. 5 Ausstreit G., gestützt werden. Nach der Resolution des Justizausschusses ist nicht beabsichtigt, an der Praxis der Gerichte, Vertrauenspersonen im Verfahren zuzulassen, etwas zu ändern. Doch ergibt sich aus den parlamentarischen Verhandlungen, daß eine Einflußnahme der Vertrauensperson im Anhaltungsverfahren ausgeschlossen sein sollte und daß Handlungsunfähige und bekannte Winkelschreiber als Vertrauenspersonen nicht zuzulassen sind.“ Der langen Rede kurzer Sinn ist: Die Bestimmungen über die Vertrauensperson sind wohl, wie es in den „Vorbemerkungen“ heißt, ausgeschaltet, die Vertrauensperson besteht aber unter der Bezeichnung: Vertreter weiter. 8. § 56 erwähnt noch ausdrücklich, daß „es den Beteiligten (sc. in dem in dieser Kaiserlichen Verordnung geregelten Verfahren) freisteht, sich durch Advokaten vertreten zu lassen“. 9. Endlich hat noch § 41 „der Entmündigte, dem das Armenrecht bewilligt ist, Anspruch auf die Beigebung eines Armenvertreters“ (sc. im Widerspruchsverfahren, wie es im IV. Abschnitte (2. Titel) der E.-O. statuiert wird).



Weit besser als durch die Entmündigung, bzw. durch die Aufnahme der Antragsberechtigung (auf Entmündigung) der Anstaltsdirektion könnte dem erwähnten Bedürfnisse allerdings durch Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung in das zu erwartende Irrenfürsorgegesetz entsprochen werden; diese Bestimmung hätte etwa zu besagen, daß dann, wenn die Entlassung eines Geisteskranken aus einer Heil- oder Pflegeanstalt nur unter der Bedingung einer gewissen, sei es für eine kürzere Zeit, sei es für längere Dauer währenden, Fürsorge möglich ist, für den Fall des Mangels von Personen, die zur Übernahme dieser Aufgabe verpflichtet, resp. bereit wären, seitens der politischen Behörde, die sich mit der Überwachung der außeranstaltlichen Irrenpflege zu befassen hat, auf Antrag des Anstaltsleiters eine Person zu bestimmen ist, welche diese Verpflichtung zu übernehmen hat [1]). In dem Regierungsentwurfe eines Irrenfürsorgegesetzes, wenigstens in seiner bisher bekanntgewordenen Fassung, ist nichts davon enthalten, wie ja die eigentliche Fürsorge für die Geisteskranken außerhalb der Anstalten überhaupt noch einer weit eingehenderen Würdigung, als sie in diesem Entwurfe erfahren hat, bedarf [2]).

Zur Stellung des Antrages auf Entmündigung wegen Verschwendung, Trunksucht oder wegen Mißbrauches von Nervengiften ist außer den im § 26, Abs. 1, Punkt 2, Genannten nach § 26, Abs. 3, noch der „Vorsteher der Aufenthalts- und der Heimatsgemeinde" und der „Vorsteher des zur Armenversorgung berufenen Verbandes oder der sonst zur Armenpflege berufenen öffentlichen Organisation" berechtigt.

Was nun speziell die Entmündigung wegen Trunksucht (oder wegen Mißbrauches von Nervengiften) betrifft, so ist trotz der nicht geringen Anzahl der Antragsberechtigten seitens des Anstaltsarztes in dieser Hinsicht doch noch eine Lücke zu konstatieren.

Mit Recht wird in den „Vorbemerkungen" gesagt, daß der Umstand, „daß gerade im Strafverfahren am häufigsten die Folgen der Trunksucht zutage treten und die Notwendigkeit einer Eindämmung des Hanges zum Trinken grell beleuchtet wird", für die Aufnahme der Bestimmung sprach, nach welcher der Staatsanwalt beim Gerichtshof erster Instanz die Entmündigung beantragen kann. Nicht viel weniger grell wird die Notwendigkeit einer Eindämmung des Alkoholismus durch die als Folge dieser Sucht in Erscheinung tretenden Geistesstörungen beleuchtet, so daß der Gedanke naheliegt, daß die Entmündigung wegen Trunksucht auch bei einem Teile der Personen, die auf dem Wege des Alkoholismus

---

1) Zu denken wäre auch an eine der Institution der Armenräte analoge Institution von Irrenräten. Licmann (Die Irrenpflege auf dem Lande vom Standpunkte des Amtsarztes; in: Bericht über den österreichischen Irrenärztetag zu Linz am 6. Oktober 1911, erstattet vom Psychiatr. Verbande) verlangt „Irrenräte, die in jedem Bezirkssprengel, Sanitätsgemeinde, aufgestellt sind, die sich wiederum zu einem Landesrat vereinigen können, der der Landesbehörde unterstellt ist".

2) Vgl. auch Starlinger, Zur Reform des Irrengesetzes (Zeitschrift für Kranken- und Humanitätsanstalten, 1911) u. a.



schon in die Irrenanstalt geraten sind, Platz zu greifen hätte. Ein gewisser Teil dieser Alkoholiker wird ja wohl bekanntlich wegen Geisteskrankheit, bzw. Geistesschwäche (voll oder beschränkt) entmündigt; der weit größere Teil aber wird nach einer kurzen, zumeist für den Zweck zu kurzen, Anhaltung in der Irrenanstalt als geheilt, bzw. geistesgesund, entlassen, und zwar nicht bloß einmal, sondern in manchen Fällen zehn-, zwölf-, fünfzehnmal und darüber. In allen diesen Fällen, in denen mangels einer eigentlichen Geisteskrankheit, sowie einer ausgesprochenen Geistesschwäche die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche eben nicht erfolgen kann, wäre meines Erachtens zumindest die Frage zu erwägen, ob nicht andererseits die Entmündigung wegen Trunksucht (§ 2, Abs. 2) zu empfehlen wäre. Es wäre demgemäß eine Bestimmung erwünscht gewesen, nach der es Sache entweder des Anstaltsleiters oder etwa des mit der Leitung der Untersuchung im Anhaltungsverfahren betrauten Richters oder des von der politischen Landesbehörde „etwa abgeordneten" Sanitätsorganes wäre, die Entmündigung wegen Trunksucht — das gleiche gilt selbstverständlich auch für den Mißbrauch von Nervengiften — zu beantragen. Wenn überhaupt, so kann nur von der rechtzeitig angewendeten (vgl. Motivenbericht zur Regierungsvorlage) Entmündigung wegen Trunksucht ein Nutzen erwartet werden; eine Bestimmung des erwähnten Inhaltes würde sicherlich in nicht wenigen Fällen zur noch rechtzeitigen Antragstellung führen, in denen sie jetzt unterbleibt.

§ 33.

Nach § 33, Abs. 1, darf die Entscheidung über die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht ohne vorausgehende Untersuchung des zu Entmündigenden durch einen oder zwei Sachverständige erfolgen. § 33, Abs. 2, aber sagt: „Wenn jedoch der Geisteszustand des zu Entmündigenden innerhalb der letzten sechs Monate anläßlich seiner Aufnahme in eine der im § 16 bezeichneten Anstalten gerichtlich untersucht worden ist und nach dem Zeugnisse des Anstaltsleiters und dem Ergebnisse der gerichtlichen Ermittlungen eine für die Entscheidung wesentliche Veränderung in dem Geisteszustande des Untersuchten seither nicht eingetreten ist, kann von einer neuerlichen Vernehmung und von der Untersuchung durch Sachverständige abgesehen und das Ergebnis der früheren Ermittlungen der Entscheidung über die Entmündigung zugrunde gelegt werden."

Der Justizministerialerlaß vom 14. Juli 1916 (VBl. Nr. 25) führt dazu aus: „In den einfachen Fällen kann somit das Feststellungsverfahren des III. Abschnittes der E.-O. völlig zur einfachsten Durchführung des Entmündigungsverfahrens verwertet werden. Zu diesem Behufe soll das Bezirksgericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt (§ 17 E.-O.), sein Verfahren tunlichst rasch zu beendigen trachten und sodann unverweilt die Akten dem zur Entmündigung zuständigen Bezirksgerichte (§ 12 E.-O.) übersenden. Dieses hat darauf zu sehen, daß nicht durch Verstreichen der im § 33, Abs. 2 E.-O., bezeichneten sechsmonatigen Frist die gebotene Vereinfachung vereitelt wird."

An manchen Orten verlangt das Bezirksgericht von den Sachverstän-



digen, bei der Fassung ihres Gutachtens im Anhaltungsverfahren auch bereits auf die eventuelle spätere Verwendung desselben im Entmündigungsverfahren Rücksicht zu nehmen. Das Bezirksgericht Klosterneuburg steht seit längerer Zeit sogar auf dem Standpunkte, daß die Sachverständigen in diesem Gutachten auch schon ausdrücklich zur Frage der Handlungsfähigkeit Stellung zu nehmen haben. Daher heißt es auch im Schlußsatze der Gutachten, welche auf Zulässigkeit der Anhaltung gehen — mit Ausnahme der Fälle, in denen eine Frist für die Beantwortung der Frage der Handlungsfähigkeit für nötig gehalten wird —, regelmäßig, daß der Untersuchte „als geisteskrank, resp. geistesschwach, als nicht handlungsfähig und als anhaltungsbedürftig“ (!) anzusehen sei.

Dieses Verfahren wird den Richtern übrigens auch durch eine Bemerkung Hermanns zu § 18 nahegelegt, welche lautet: „Das Gutachten hat im Anhaltungsverfahren jedenfalls schon festzustellen, ob der Untersuchte als nicht geistesgesund der Anstaltspflege bedarf (§ 22). Läßt sich schon bei dieser Untersuchung feststellen, ob auch die Voraussetzungen für eine Entmündigung vorliegen, so hat sich das Gutachten auch auf diese Voraussetzungen zu erstrecken. Dadurch wird es ermöglicht, das Gutachten auch im Entmündigungsverfahren zu verwerten (§ 33, Abs. 2).“ —

Während es im § 33, Abs. 2, bloß heißt, daß unter den bezeichneten Umständen von einer neuerlichen Untersuchung abgesehen werden kann, ist dieser Ausfall der Untersuchung — wie übrigens Sternberg (l. c. I. Bd. S. 145) vorausgesehen hat — zur Regel geworden[1]).

Die Einholung des im § 33, Abs. 2, erwähnten „Zeugnisses des Anstaltsleiters“ erfolgt keineswegs in allen Fällen. Und da offenbar auch die Ergebnisse der sonstigen „gerichtlichen Ermittlungen“ den Tatsachen nicht immer entsprechen, kommt es ab und zu seit der Wirksamkeit der E.-O. zu nicht gerechtfertigten Entmündigungen, die ohne Zweifel, ohne die Verquickung des Entmündigungs- mit dem Anhaltungsverfahren, wie sie der § 33, Abs. 2, bringt, nicht vorkämen. So berichtet der Leiter der Anstalt in Brünn, daß auf Grund der Begutachtung im Anhaltungsverfahren bereits recht oft Pfleglinge unter Kuratel gesetzt worden seien, die bereits genesen und entweder eben erst aus der Anstalt zu entlassen oder sogar schon entlassen worden waren. Der Direktor fährt fort: „Erst in diesem Zustande haben diese Patienten den gerichtlichen Beschluß von der vom Gerichte gebilligten Anhaltung (bis zu einem Jahre) und von der verhängten Kuratel eingehändigt bekommen. Es sind darob Verschlimmerungen des Gesundheitszustandes, auch direkte Rezidiven hierorts ver-

[1]) Falsch behauptet aber Sternberg wieder, das Gericht müsse sich, „bevor es von einer neuerlichen Untersuchung absieht, genau diesbezüglich erkundigen, ob wirklich eine Änderung nicht zu erwarten steht“. Darauf kommt es nicht an, sondern darauf, ob, wie es im Formular 91 a) heißt, seit der gerichtsärztlichen Untersuchung eine für die Entscheidung wesentliche Veränderung im Geisteszustande des Untersuchten eingetreten ist, — also: bereits eingetreten ist!



merkt worden." In Klosterneuburg hat sich folgender Fall zugetragen: Eine Patientin, aufgenommen am 12. September 1916, von der Kommission untersucht am 18. September 1916, wird am 28. Jänner 1917 bedeutend gebessert — man könnte sagen: geheilt mit Defekt — entlassen. Am 9. Februar 1917 wird die Anstalt verständigt, daß diese Patientin am 22. Jänner 1917 voll entmündigt worden sei. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Entmündigung unterblieben wäre, wenn das betreffende Bezirksgericht vor der Beschlußfassung bei der Direktion im Sinne des § 33, Abs. 2, angefragt hätte.

Von einigen Direktoren wird zu diesem Punkte noch erklärt, daß das Entmündigungsverfahren bei Anstaltspfleglingen seit der Wirksamkeit der E.-O. an Gründlichkeit sicher nicht gewonnen, sondern eher verloren habe. Der Direktor einer niederösterreichischen Anstalt sagt u. a.: „Das Konstatierungsverfahren ist bekanntlich immer oberflächlicher, auch im Sinne des Gesetzes gewissermaßen als Schnellprozeß gedacht[1]). Daß da auch für die Entmündigung manchmal daneben geschossen wird, darf daher nicht verwundern. Das Entmündigungsverfahren ist hiedurch zweifellos in seinem Ernste herabgesetzt worden." —

Jedenfalls muß aber konstatiert werden, daß die in einer Anstalt angehaltenen Geisteskranken, vorausgesetzt, daß die in den §§ 29 bis 33, Abs. 1, enthaltenen Bestimmungen tatsächlich von wesentlicher Bedeutung im Punkte des Rechtsschutzes sind, in dieser Hinsicht gegenüber den zu Entmündigenden außerhalb der Anstalten stark im Nachteile sind, sobald in ihrem Falle der Entscheidung über die Entmündigung nach § 33, Abs. 2, das Gutachten im Anhaltungsverfahren zugrunde gelegt wird. Während sonst „der Antragsteller, der zu Entmündigende, sein Vertreter und der vorläufige Beistand zu allen Untersuchungen, Vernehmungen und sonstigen Verhandlungen zu laden und über die für die Entscheidung wesentlichen Tatsachen zu hören sind" (§ 29), erfährt der angehaltene zu Entmündigende in der Regel überhaupt nichts davon, daß seine Entmündigung eingeleitet worden ist. Er kommt daher auch nicht in die Lage, bzw. findet keinen Anlaß, einen Vertreter aus eigenem zu nominieren, so daß seine Vertretung im Entmündigungsverfahren gewöhnlich dem „Zustellungskurator" (§ 30, vgl. Form. 89 c) zufallen wird, von dem im allgemeinen wohl kaum ein besonders tiefes Interesse für die ganze Angelegenheit zu erwarten ist und der demnach von seiner Befugnis, „Fragen an Sachverständige, Zeugen und Auskunftspersonen zu stellen, ihm wichtig scheinende Punkte für die Untersuchung zu bezeichnen, Anträge zu stellen, ferner in die Akten Einsicht zu nehmen und Abschrift zu erheben" (§ 31), nur ganz ausnahmsweise mit größerem Nachdruck Gebrauch machen dürfte. Was aber schließlich die im § 32, Abs. 1, verlangten „Ermittlungen" betrifft, so muß ich auf Grund des Einblickes in eine ganze Reihe von Gerichtsakten („L-Akten") konstatieren, daß die „Ermittlungen" im Entmündigungsverfahren bei angehaltenen Geisteskranken in nicht wenigen Fällen, wenn überhaupt, kaum nennenswert über die im

[1]) Ob er in diesem Punkte recht hat, muß ich allerdings dahingestellt sein lassen! Daß das Verfahren tatsächlich oft zu einem „Schnellprozeß" wird, kann ich freilich nicht leugnen.



Anhaltungsverfahren schon gemachten hinaus gehen, so daß im Grunde gesagt werden muß, daß in solchen Fällen nicht nur, wie der § 33, Abs. 2, einräumt, „das Ergebnis der früheren Ermittlungen der Entscheidung über die Entmündigung zugrunde gelegt wird", sondern sich die Entscheidung nahezu ausschließlich auf die Ermittlungen im Anhaltungsverfahren und, in der Regel wenigstens, auf das Zeugnis des Anstaltsleiters, nach welchem „eine für die Entscheidung wesentliche Veränderung in dem Geisteszustande des Untersuchten seither nicht eingetreten ist", gründet.

Die Beurteilung, ob diese Verkürzung der angehaltenen Geisteskranken an Rechtsschutz zu billigen ist, ist selbstverständlich Sache des Juristen; die Absicht des Referenten ist es auch nur, die Frage aufzuwerfen — und dies wird dem Anstaltsarzte wohl kaum verwehrt werden können. —

Es sei zu § 33, Abs. 2, noch bemerkt, daß darin vom Anstaltsleiter sozusagen unversehens eine Sachverständigentätigkeit verlangt wird; denn der Anstaltsleiter hat nicht einfach zu berichten, ob im Befinden des Untersuchten seit der Untersuchung überhaupt eine Veränderung, sondern ob eine „für die Entscheidung (sc. über die Entmündigung) wesentliche Veränderung" eingetreten ist, d. h. er hat sich zugleich zu fragen und darüber Auskunft zu geben, ob die Veränderung, welche etwa eingetreten ist, als eine „für die Entscheidung wesentliche" anzusehen ist. „Sonderbarerweise erfolgt" übrigens, wie ein Direktor betont, „die Anfrage auch bei kurzfristigen Fällen der Anhaltungszulässigkeit und wird die Vollentmündigung ohne neuerliche ärztliche Untersuchung ausgesprochen, während die Frist zu Ende geht oder schon verstrichen ist. In solchen Fällen übt also der Anstaltsleiter rechtsgültige und vollwertige Sachverständigentätigkeit" [1]. — Nicht übergangen soll werden, daß der Anstaltsleiter in seinem Zeugnisse nur sagen kann, ob und inwieweit der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Anfrage (im Sinne des § 33, Abs. 2) gegenüber dem Zustande zur Zeit der Untersuchung im Anhaltungsverfahren, wie ihn der Anstaltsleiter selbst gesehen und beurteilt hat, als verändert anzusehen ist, nicht aber, ob und inwieweit er sich von dem Zustande, wie ihn die Sachverständigen damals gesehen und beurteilt haben, unterscheidet, da ihm ja der Inhalt des Gutachtens, bzw. die Darstellung, welche die Sachverständigen von dem Geisteszustande des Angehaltenen im Gutachten gegeben haben, gar nicht bekannt ist; es ist diese Feststellung deswegen nicht ganz ohne Belang, weil sie zeigt, daß der Richter im Irrtum ist, wenn er die Angabe des Anstaltsleiters, der Zustand des Angehaltenen habe sich nicht wesentlich verändert, in dem Sinne verwertet, als ob der Anstaltsleiter konstatiert hätte, daß der Zustand des Angehaltenen, wie ihn die Sachverständigen im Gutachten, das ihm vorliegt, geschildert haben, unverändert weiter bestehe.

[1]) Besonders deutlich tritt in derartigen Fällen auch der Widerspruch hervor, der, wie der Direktor der Anstalt in Troppau San.-R. Dr. Boeck mit Recht betont, darin liegt, daß „über die erste ‚Anhaltung' nicht, wohl aber über ihre Fortsetzung die Direktion gehört werden und sogar ohneweiters maßgebend sein soll".



§ 34.

„Das Gericht kann anordnen, daß die zu untersuchende Person für die Dauer von höchstens drei Monaten in eine Heilanstalt gebracht wird, wenn dies nach dem ärztlichen Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes unerläßlich und ohne Nachteil für den Gesundheitszustand und die sonstigen Verhältnisse des zu Untersuchenden ausführbar ist . . ."

Diese Bestimmung steht, wie fast alle Anstaltsleiter ausdrücklich erklären, mit der Bestimmung des Statutes der Anstalten, derzufolge nur bereits als geisteskrank erklärte Personen aufzunehmen sind und, was die niederösterreichischen Landesirrenanstalten betrifft, auch mit dem Übereinkommen des niederösterreichischen Landesausschusses mit der niederösterreichischen Statthalterei, nach welchem die Landesirrenanstalten alle konstatiert Geisteskranken aufzunehmen haben, wogegen alle Irrsinnsverdächtigen auf der Psychiatrischen Klinik des k. k. Allgemeinen Krankenhauses, Wien, zur Aufnahme gelangen, im Widerspruch.

Mit der Betonung dieses Umstandes verfolgen die Anstaltsleiter aber keineswegs etwa ebenso übereinstimmend den Zweck einer ablehnenden Stellungnahme; denn wenn auch einige von ihnen eine derartige Einrichtung, bzw. auch die Errichtung von Beobachtungsstationen in den einzelnen Anstalten, für unerwünscht halten, stehen andere, z. B. die Direktoren in Dobrzan, Kremsier, Mauer-Öhling, Niedernhart, auf dem Standpunkte, daß die Errichtung einer Beobachtungsabteilung im Anschlusse an ihre Anstalt zweckdienlich und erwünscht wäre, zumal, wie von einer Seite besonders betont wird, den Anstaltsärzten dadurch Gelegenheit geboten würde, Grenzfälle genauer kennen zu lernen.

Wie aus dem Berichte der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn hervorgeht, werden übrigens dieser Anstalt bereits jetzt, obwohl sie keine eigene Beobachtungsabteilung hat — eine solche besteht dagegen im Allgemeinen Krankenhause bei St. Anna in Brünn —, ab und zu vom Landesgerichte als S r a f g e r i c h t B e o b a c h t u n g s f ä l l e zugewiesen. Die Direktion der mährischen Anstalt Kremsier berichtet, daß Aufnahmen zum Zwecke der Beobachtung im Sinne des § 34 der E.-O. in dem Anstaltsstatute nicht vorgesehen seien, „wohl aber diejenigen im S t r a f v e r f a h r e n". In Valduna „sind bisher nur in U n t e r s u c h u n g s h a f t Befindliche, behufs Begutachtung, bzw. zur Feststellung einer Geisteskrankheit durch das Gericht eingewiesen worden". An Übergängen zur Verwendung der Irrenanstalten auch für den Zweck der Beobachtung fehlt es also nicht mehr. Und aller Wahrscheinlichkeit nach wird gerade der § 34 der E.-O. die Landesausschüsse dazu veranlassen, dieser Frage näherzutreten. Einstweilen aber steht der Anstaltsleiter — und dies ist der Sinn des Hinweises der Anstaltsleiter auf den Widerspruch zwischen E.-O. und Anstaltsstatut —, falls seiner Anstalt eine Person nach § 34 der E.-O. zugewiesen wird, vor der Frage, ob er diese Person gegen die Bestimmung des Statutes ohneweiters aufnehmen soll oder nicht.

Der Direktor der Anstalt in Niedernhart scheint sich für die anstandslose Aufnahme entschieden zu haben. Er führt nur an, daß für Niedernhart „von der im § 34 ausgesprochenen Befugnis tatsächlich mehrmals Gebrauch

gemacht worden ist, obwohl diese Bestimmung im Widerspruche mit dem Anstaltsstatute steht". Desgleichen scheint der Direktor in Kremsier den einen, ihm zugewiesenen Fall anstandslos aufgenommen zu haben. — Dagegen erklärt der Direktor der böhmischen Anstalt Kosmanos: „Die Anstaltsdirektion hat schon anläßlich der Einführung der Entmündigungsverordnung gegen die Einlieferung der Fälle zur Beobachtung entschieden Stellung genommen und verkündet, daß kein Fall ohne Einwilligung der vorgesetzten Behörde (Landesverwaltungskommission) aufgenommen werden kann. Zugleich wurde die Oberbehörde zur Beschlußfassung angeregt, das Einvernehmen mit dem Oberlandesgericht zu pflegen, daß die Beobachtungsfälle für Böhmen ausschließlich an die psychiatrischen Universitätskliniken in Prag zugewiesen werden. Eine Entscheidung darüber ist bis jetzt nicht erflossen." — Und der Direktor der Anstalten „Am Steinhof" führt aus: „Von der im § 34 ausgesprochenen Befugnis hat das k. k. Bezirksgericht Neubau Gebrauch gemacht und einen Patienten auf Grund eines Beschlusses unter Berufung hierauf durch dessen Gattin hieher überstellt. Da die hierortigen Anstaltsstatuten bei jeder Aufnahme vor Vorlage eines entsprechenden Pareres ausdrücklich ansprechen, wurde die Aufnahme zuerst verweigert, und erst bei der zweiten abermaligen Überbringung des Patienten zugesagt. Die darauffolgende längere Auseinandersetzung mit dem bezeichneten Gerichte, welches sich auf den Standpunkt gestellt hat, daß der Anstalt nicht das Recht zustehe, einen derartigen Gerichtsbeschluß in bezug auf die Rechtmäßigkeit seines Zustandekommens zu überprüfen oder für ungenügend zu erklären, hat diesbezüglich zu einer Änderung nicht geführt, obwohl sich hiemit auch das Präsidium des k. k. Landesgerichtes für Z. R. S. in Wien beschäftigt haben dürfte. Letztere Vermutung basiert darauf, daß zu gleicher Zeit von diesem Präsidium die hierortigen Anstaltsstatuten eingeholt wurden."

§ 37 bis 49.

Von den Rechtsmitteln im Entmündigungsverfahren („Widerspruch" und „Rekurs") ist im ersten Jahre, wie aus den Berichten der Direktoren hervorgeht, seitens der Pfleglinge in den allermeisten Anstalten kein Gebrauch gemacht worden. Nur in Dobrzan und Feldhof sind Widerspruch sowohl wie Rekurs des Entmündigten gegen „den auf Entmündigung lautenden Beschluß" vorgekommen. Ich weiß übrigens nicht, ob ich die Angaben der übrigen Anstaltsleiter durchwegs verwerten kann, da mir von einzelnen Direktoren die Rechtsmittel im Entmündigungsverfahren (im IV. Abschnitte) mit dem Rekurse im Anhaltungsverfahren (§ 24) zusammengeworfen worden zu sein scheinen; sicher steht dies für eine Anstalt, deren Leiter meine Frage, ob Fälle von Widerspruch nach § 37, bzw. von Rekurs nach § 49 vorgekommen seien, mit den Worten beantwortet: „Ein Widerspruch gegen die Anhaltung ist hier nicht vorgekommen."

Wo die Verhältnisse so liegen wie in Klosterneuburg, kommt der Angehaltene übrigens gar nicht in die Lage, von den „Rechtsmitteln im Entmündigungsverfahren" Gebrauch zu machen. Die Bezirksgerichte als Entmündigungsgerichte unterlassen nämlich ganz regelmäßig — gegen die Bestimmung im § 65, Abs. 2 — die Verständigung der Pfleglinge von der



Entscheidung über die Entmündigung wegen Geistesschwäche (Form. Nr. 92), resp. wegen Geisteskrankheit (Form. Nr. 92 b), so daß die Kranken weder von dieser Tatsache selbst, noch davon Kenntnis erhalten, daß sie, wie die „Nachricht" in den Form. Nr. 92 und 92 b) besagt, das Recht haben, den Entmündigungsbeschluß „durch Widerspruch" (§ 37) und auch „durch Rekurs" (§ 49) „binnen der unerstreckbaren Frist von 14 Tagen" anzufechten.

§ 50.

In § 50, Abs. 2, heißt es: „Wenn die Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zwar noch nicht behoben, aber so weit gebessert ist, daß beschränkte Entmündigung genügt, kann das Gericht die volle Entmündigung in beschränkte umwandeln."

Man sollte glauben, daß sich dieser Fall nicht gerade selten ergeben müßte. Indes erwähnt nur die Leitung der Anstalt Dobrzan, daß dort mehrere Fälle von Umwandlung der vollen in die beschränkte Entmündigung vorgekommen seien, und berichtet nur noch die Anstalt Gugging über einen derartigen Fall [1]). In allen anderen Anstalten ist bisher keine solche Umwandlung vorgekommen. So auch in Mauer-Öhling; der Direktor bemerkt dazu u. a.: „Die Umwandlung in die beschränkte Entmündigung wäre sicherlich für viele Patienten wenigstens eine persönliche Annehmlichkeit; aber es ist niemals vorgekommen, daß das Gericht etwas unternommen hätte, um diese Annehmlichkeit den Kranken zu vermitteln. Zweifellos wäre zumindest unter unseren Kolonisten eine Reihe von Kranken, welche dieser Wohltat teilhaftig werden könnten."

Auffällig ist es, daß der Gesetzgeber nicht zum Ausdruck gebracht hat, daß er Wert auf die Initiative der Anstaltsleitungen in dieser Angelegenheit legt, wo doch, wie ein Anstaltsleiter richtig sagt, der Anstaltsarzt vor allem als dazu berufen erscheint, da er die in der Anstalt angehaltenen Geisteskranken dauernd zu beobachten und daher Veränderungen in ihrem Zustande die nach § 50, Abs. 2, für die Umwandlung der vollen Entmündigung in die beschränkte sprechen, alsbald wahrzunehmen Gelegenheit hat. Daß eine derartige Obliegenheit eine weitere Mehrbelastung der Anstaltsärzte bedeuten würde, zumal sie u. a. auch wieder eine eigene Evidenzhaltung verlangen würde, liegt freilich auf der Hand.

Es mag mir gestattet sein, bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, daß die neue E.-O. eine bedeutende Vermehrung des amtlichen Verkehres zwischen Anstalt und Gerichten, und daher auch eine nicht unbeträchtliche Mehrbelastung der Anstaltsleitungen, resp. Direktionskanzleien mit Schreibarbeiten mit sich gebracht hat. Das Ausmaß dieses Plus ist allerdings je nach der Auffassung der betreffenden Gerichte innerhalb weiter Grenzen verschieden; während ein Direktor gar

[1]) Kein besonders glücklich gewählter Fall! „B. G. (sekundäre Demenz), Kolonist, sucht um Aufhebung der Kuratel an. Die Gerichtskommission erkennt: die volle wird in die beschränkte Entmündigung umgewandelt, der Kranke ist nicht anhaltungsbedürftig. Nach wenigen Wochen kam der mittlerweile entlassene Kranke wieder als gemeingefährlicher Geisteskranker in die Anstalt."

meint, die einschlägigen Agenden seien gegen früher auf das Vierfache angewachsen, schätzen andere die Mehrarbeit doch weit geringer ein. Auch gewinnt man, wie ich konstatieren zu können glaube, den Eindruck, daß die Schreibarbeiten allmählich bereits wieder etwas weniger werden, indem zugleich mit der richtigeren Erfassung des Gesetzes seitens der Richter auch eine gesündere Praxis Platz zu greifen beginnt. Im allgemeinen wird aber eben doch in dieser Hinsicht von den Anstalten recht viel verlangt, und wäre es vom Standpunkte der letzteren dringend zu wünschen, daß die Gerichte darauf bedacht wären, sich darin auf das Notwendige zu beschränken und namentlich von dem an manchen Orten sozusagen gewohnheitsmäßig geübten Einfordern von Krankengeschichtsabschriften abzusehen.

§ 65.

Nach § 65, Abs. 1, ist „der Beschluß, mit dem über die Anhaltung in einer Irrenanstalt entschieden", vor allem dem Angehaltenen zuzustellen und ebenso ist nach § 65, Abs. 2, „der Beschluß, mit dem über die Entmündigung oder Aufhebung (Umwandlung) einer wirksam gewordenen Entmündigung entschieden wird", u. a. „demjenigen, über dessen Entmündigung erkannt wird" — gleichviel, ob dieser in einer Irrenanstalt untergebracht ist oder nicht —, zuzustellen. Nach § 65, Abs. 3, darf diese Zustellung an den Geisteskranken „nur unterbleiben, wenn sie wegen seines Zustandes offenbar zwecklos oder für sein Befinden schädlich wäre".

Die „Erläuterungen" sagen dazu: „Das Ergebnis des Gerichtsverfahrens darf dem Hauptbeteiligten kein Geheimnis bleiben und es muß auch ihm persönlich das Recht zur Ergreifung von Rechtsmitteln gewahrt werden. Der die Entmündigung bedingende Zustand kann jedoch derart sein, daß eine Zustellung an den Entmündigten zwecklos oder nicht wünschenswert ist." Das erstere wird, nach den Erläuterungen, „bei allen denjenigen Geisteskrankheiten der Fall sein, deren Grund eine Einsicht in die Bedeutung des Entmündigungsaktes (sc. bzw. des Anhaltungsaktes) ausschließt". Das letztere trifft nach den „Erläuterungen" zu bei solchen Geisteskranken, „deren Gesundheitszustand durch die Nachricht ungünstig beeinflußt wird, wenn z. B. hochgradige Aufregung oder Depression zu erwarten ist. In diesen Fällen muß eine Zustellung an eine das Interesse des Entmündigten wahrnehmende Person erfolgen und, wenn eine solche fehlt, eigens für diesen Zweck ein Kurator bestellt werden (§ 65, Abs. 3)".

So ist vom Standpunkte des Gesetzgebers alles anscheinend aufs beste geordnet. Aber im Grunde doch nur theoretisch! Der Praktiker aber muß sagen, daß die Zustellung der Beschlüsse — von ganz seltenen Ausnahmen — eigentlich immer entweder „zwecklos" oder „nicht wünschenswert" ist; denn unter den Kranken, die den Sinn des ihnen eingehändigten Beschlusses zu erfassen imstande sind, gibt es eben nur ganz wenige, die seinen Inhalt relativ ruhig hinnehmen, während er bei allen anderen mehr oder weniger schwere Aufregungs- oder Verstimmungszustände auslöst, bei manchen sogar nicht zu verkennende Verschlimmerungen des Gesamtzustandes von kürzerer oder auch längerer Dauer herbeiführt.

Dies wird jeder begreiflich finden, der sich den Inhalt eines solchen



Beschlusses näher betrachtet. Im Beschlusse über die Anhaltung ist zunächst zu lesen, daß „die weitere Anhaltung des N. N. in einer geschlossenen Heilanstalt zulässig ist", damit ist der erste Anstoß zur Aufregung des Kranken gegeben. Dann folgt die Mitteilung, daß „die Wirksamkeit dieses Beschlusses mit Ablauf eines Jahres (resp. nach drei, vier, sechs usw. Monaten) erlischt"; beim Lesen dieses Passus steigert sich die Aufregung des Kranken, zumal er ihn, wie einige Direktoren mit Recht bemerken, fast regelmäßig falsch versteht, in dem Sinne, daß er aus ihm die gerichtliche Anordnung seiner Anhaltung für die angegebene Zeit herausliest. Dann wird ihm eventuell bekanntgegeben, daß er „die Kosten des Anhaltungsverfahrens im Betrage von — K — h zu ersetzen" habe; es klingt fast humoristisch, ist aber durchaus richtig, wenn ein Direktor sagt, daß gerade die Verständigung der Kranken von dieser Verpflichtung, die vielleicht doch nicht unbedingt im Beschlußbescheide enthalten sein müßte, in nicht wenigen Fällen dem Fasse den Boden ausschlägt. Zu guter Letzt kommt dann aber erst die „Begründung". Zwar dürfte noch nie eine „Begründung" so ausführlich ausgefallen sein, wie die im „Formulare Nr. 89 b)", das eben den Anhaltungsbeschluß betrifft, als Beispiel ausgeführte, immerhin hat es namentlich im Anfange da und dort ziemlich ausführliche „Begründungen" gegeben — später sind sie dann allerdings wohl überall immer magerer und magerer geworden —, „Begründungen", in denen Mitteilungen von Auskunftspersonen wörtlich oder dem Inhalte nach angeführt, Stellen aus Parere oder Krankengeschichte zitiert, Äußerungen der Anstaltsärzte unter ausdrücklicher Berufung auf sie erwähnt, kurz eine Menge von Einzelheiten enthalten waren, die nicht nur geeignet waren, die Aufregung des Kranken noch beträchtlich zu steigern, sondern auch seinem Zorne eine bestimmte Richtung zu geben, ihn auf einzelne Personen hinzulenken. So kam es oft zu Mißhelligkeiten aller Art, die — nebenbei gesagt — in manchen Fällen noch dadurch vermehrt wurden, daß sich Angehörige, die sich etwa durch irgend eine in die Begründung aufgenommene Bemerkung über die Familienverhältnisse betroffen fühlten, auf die Seite des Kranken stellten und den Ärzten mit allen möglichen Beschwerden, Verwahrungen, ja Drohungen, Ehrenbeleidigungsklagen und sonstigen Belästigungen an den Leib rückten. — Und das gleiche gilt auch von dem Beschlusse, mit dem über die Entmündigung entschieden wird. Doch richten diese Beschlüsse weit weniger Schaden an, weil sie den Kranken nur selten, in einigen Anstalten geradezu nur ausnahmsweise seitens der Entmündigungsgerichte zugehen.

Aus diesen Gründen haben sich die meisten Direktoren über kurz oder lang entschlossen, von der Wohltat des § 65, Abs. 3, weitgehenden Gebrauch zu machen. Einige stellen die Beschlüsse den Kranken nur „in den seltensten Fällen" zu, andere sehen davon durchgehends ab und ziehen es vor, denjenigen Kranken, die ihnen zur Entgegennahme der Nachricht von dem Ergebnisse des Anhaltungsverfahrens, bzw. von der Entmündigung, geeignet und disponiert erscheinen, diese in einer den psychiatrischen Anschauungen und Forderungen entsprechenden Art beizubringen. Einer von den letzteren Direktoren sagt: „Es ist einfach unmöglich, den Beschluß mit seinen Details den Kranken zu übermitteln, will man nicht überhaupt die

ganze psychiatrische Tätigkeit über den Haufen werfen." Ein anderer erklärt geradezu, die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse sei einer Mißhandlung des Kranken gleichzusetzen und daher ebenso wie eine solche zu vermeiden. Nur von einer einzigen, und zwar böhmischen Anstalt wird berichtet, daß dort von der Überreichung des Beschlusses an den Kranken wohl öfters Abstand genommen, in der Regel aber doch daran festgehalten werde.

Was die Stellungnahme der Gerichte zu dieser Angelegenheit betrifft, muß gesagt werden, daß sie bisher fast allerorts eine dem ärztlichen Standpunkte im wesentlichen entgegenkommende gewesen ist. Einigen Direktoren wurde die endgültige Entscheidung auch in den Fällen ausdrücklich anheimgestellt, in welchen sich die Sachverständigen im Gutachten f ü r die Zustellung ausgesprochen hatten; aber auch an anderen Orten wird das Unterbleiben einer vom Gerichte zunächst angeordneten Zustellung, wenn es entsprechend motiviert wird, vom Gerichte ohne Anstand zur Kenntnis genommen.

Nur der Direktor der Anstalt Feldhof stieß auf starren Widerstand des Gerichtes und mußte sich die Befugnis, von einer Zustellung, die seiner Ansicht nach in Ansehung des Zustandes des Kranken nicht gebilligt werden konnte, abzusehen, wenn sie auch vom Gerichte verlangt wurde, erst erkämpfen. Sein Erfolg war ein vollständiger; denn das Landesgerichtspräsidium Graz hat die Gerichte u. a. auch „dahin belehrt", daß der „Anregung als zweckmäßig zu entsprechen wäre, der Anstaltsleitung das Recht einzuräumen, einen ihr zur Zustellung an einen Pflegling übersendeten Beschluß dem Gerichte zurückzusenden, wenn sie glaubt, daß Bedenken gegen seine Zustellung an den Adressaten bestehen, um auf diese Weise das Gericht in die Lage zu versetzen, auf Grund der mitgeteilten Bedenken nachträglich einen Beschluß im Sinne des § 65, Abs. 3 E.-O., zu fassen".

Nachträglich einen Beschluß im Sinne des § 65, Abs. 3, zu fassen, wo auf Grund des Ergebnisses der Untersuchung und Vernehmung zunächst kein Grund g e g e n die Zustellung vorzuliegen schien, wird übrigens vor allem in denjenigen Fällen notwendig sein, in denen sich in der Zeit von der Kommission bis zum Einlangen des Beschlusses — in der Regel, wie erwähnt, mindestens 14 Tage, oft aber auch mehrere Wochen! — der Zustand des Kranken derart geändert hat, daß dadurch die Zustellung erst zwecklos oder schädlich geworden ist. —

Was das Prinzip betrifft, von dem sich Sachverständige und Richter bei der Beurteilung der Frage der Zustellung leiten lassen, kann gesagt werden, daß es dem § 65, Abs. 3, im allgemeinen Rechnung trägt. Nur einzelne Direktoren klagen darüber, daß für die Kommission, wie der Direktor in Brünn sagt, „das falsche Beurteilungsprinzip maßgebend sei, ob der Patient den Inhalt des Beschlusses f a s s e n k a n n oder nicht". Falsch ist dieses Prinzip selbstverständlich an sich nicht; falsch wäre es erst, wenn dieses Prinzip als a l l e i n maßgebend angesehen würde. —

§ 66.

Was die Zustellung und amtliche Mitteilung der Entscheidungen an den Anstaltsleiter betrifft, so wurde bezüglich der Zustellung des „Beschlusses,



mit dem über die Anhaltung in einer Irrenanstalt entschieden wird" (§ 65, Abs. 1), bereits bei Besprechung des § 17 erwähnt, daß sie fast immer mit einer gewissen, unter Umständen störenden Verspätung einlangt; andererseits muß aber konstatiert werden, daß sie, wenigstens in Klosterneuburg, sowie in den meisten Anstalten, regelmäßig einläuft.

Letzteres kann dagegen bezüglich des „Beschlusses, mit dem über die Entmündigung des Angehaltenen entschieden wird", nicht so allgemein behauptet werden. Dies mag darauf zurückzuführen sein, daß wohl § 66, Abs. 1, bestimmt, daß dieser Beschluß „dem verantwortlichen Leiter der Irrenanstalt zu übersenden ist, in der der Kranke untergebracht ist, oder unter deren Leitung der Kranke außerhalb der Anstalt verpflegt wird", andererseits aber weder das Form. Nr. 92 (Entscheidung über die Entmündigung wegen Geistesschwäche), noch das Form. Nr. 92 b) (Entscheidung über die Entmündigung wegen Geisteskrankheit) in der „Zustellungsverfügung" auf diese Bestimmung Rücksicht nimmt, d. h. den Anstaltsleiter nicht unter den zu verständigenden Personen und Behörden nennt. Diese Annahme wird durch die Tatsache gestützt, daß der Beschluß, mit dem für den Angehaltenen „ein Kurator oder Beistand bestellt wird", dessen Zustellung an den Anstaltsleiter durch § 66, Abs. 1, in gleicher Weise bestimmt wird, unter Benützung der Form. Nr. 93 (Bestellung zum Kurator) und Nr. 94 (Bestellung zum Beistand), welche in der „Zustellungsverfügung" die Anstalt ausdrücklich nennen, weit regelmäßiger, wenn auch wieder keineswegs in allen Fällen, mitgeteilt wird. — Immerhin kommt es aber nicht gerade ganz selten vor, daß beide Verständigungen ausbleiben und die Anstalt erst durch einen Zufall oder auf eine Anfrage an das zuständige Gericht von der bereits vor längerer Zeit erfolgten Entmündigung, resp. Bestellung eines Kurators Kenntnis erhält. Daß das Ausbleiben der Zustellung unter Umständen, z. B. im Falle der Entlassung des Pfleglings gegen Revers, zu Unzukömmlichkeiten und Verwicklungen führen kann, liegt auf der Hand.

Das Beispiel Nr. 96 b) (Entscheidung über den Widerspruch) nennt unter den zu verständigenden Personen die Anstaltsleitung wieder nicht. Es ist daher per analogiam zu erwarten, daß ihr diese Zustellung nicht oder doch nur unregelmäßig zugehen wird. Über eine zur Beurteilung dieses Punktes zureichende Erfahrung verfügen wir aber noch nicht.

Merkwürdigerweise verfügt § 66 in Abs. 1 wohl, daß dem Anstaltsleiter der Beschluß, „mit dem über die Entmündigung des Angehaltenen entschieden wird", zugestellt werde, nennt dagegen ebensowenig, wie § 65, Abs. 2, in welchem von den Zustellung u. a. des Beschlusses, mit dem über „die Aufhebung (Umwandlung) einer rechtswirksam gewordenen Entmündigung entschieden wird", die Anstaltsleitung unter den zu verständigenden Personen [1]). So kommt es nun in der Tat dazu, daß die Anstaltsleitung

[1]) Auch die „Verordnung des Justizministeriums vom 14. Juli 1916, V. Bl. Nr. 24, über die Bekanntmachung einer Entmündigung", welche zugleich die Bekanntmachung der Aufhebung und der Umwandlung einer rechtswirksam ausgesprochenen Entmündigung regelt, nennt unter den Stellen, welchen eine Ausfertigung des bezüglichen Ediktes zuzusenden ist, die Leitung der Anstalt, in welcher die betreffende Person etwa angehalten wird, nicht.



von der Aufhebung (Umwandlung) der Entmündigung eines Anstaltspfleglings nicht verständigt wird. In Klosterneuburg kam es in zwei Fällen zur Aufhebung der Entmündigung auf den Antrag des Entmündigten nach § 61, Abs. 2 der E.-O., hin. Das Bezirksgericht Klosterneuburg, welches das Verfahren durchführte, sah von einer Verständigung ab, und wies auf eine Anfrage mündlich darauf hin, daß die Beschlußfassung nicht seine Sache, sondern die des Entmündigungsgerichtes sei; aber auch von diesem ging der Anstalt keine Verständigung zu. Nun handelte es sich in diesen Fällen aber nicht nur um die Frage der Entmündigung, sondern damit im Zusammenhange auch um die der Anhaltung, da ja die Aufhebung der Entmündigung auf Grund der Erklärung des Angehaltenen als geistesgesund, resp. als geheilt mit Defekt, erfolgte; es war also außer der Aufhebung der Entmündigung durch das Entmündigungsgericht auch die Unzulässigkeit der weiteren Anhaltung durch das Bezirksgericht Klosterneuburg als „Bezirksgericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt", zu beschließen, und wenn schon die Verständigung der Anstalt von der Aufhebung der Entmündigung mangels einer sie verfügenden Bestimmung unterbleiben konnte, wäre die Anstalt doch seitens des Bezirksgerichtes Klosterneuburg von der Unzulässigkeit der weiteren Anhaltung laut § 65, Abs. 1, zu verständigen gewesen. Es erübrigt sich, auf die Konsequenzen, die sich aus dem Ausbleiben einer derartigen Verständigung ergeben können, erst näher einzugehen.

Auszusetzen ist schließlich an den Bestimmungen in § 65 und 66, daß sie keinen Termin für die Ausfertigung der Zustellungen und amtlichen Mitteilungen festsetzen. Die Zustellung hat unter Umständen bereits jeden Wert verloren, wenn sie, wie es in manchen Fällen geschehen ist, erst drei, vier und mehr Monate nach der Fassung des betreffenden Beschlusses erfolgt.

§ 68.

Abs. 1 lautet: „Wer vor Beginn der Wirksamkeit dieser kaiserlichen Verordnung wegen Unfähigkeit, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Wahn- oder Blödsinns unter Kuratel gestellt wurde, steht vom Beginn der Wirksamkeit dieser kaiserlichen Verordnung einem, wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche voll Entmündigten gleich."

Hermann macht dazu die Bemerkung: „Deshalb findet das Anhaltungsverfahren (§§ 16 bis 24) auf diese Personen keine Anwendung." Ausdrücklich gesagt ist dies wohl in der E.-O. nirgends, aber zweifellos entspricht es dem Sinne des Gesetzes, insoferne angenommen werden kann, daß das Weiterbestehen der Kuratel die Fortdauer der Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, resp. des Wahn- oder Blödsinns, dessentwegen die Person seinerzeit unter Kuratel gestellt worden ist, beweise, was — allerdings, wie ich aus Erfahrung weiß, mit Ausnahme ganz vereinzelter Fälle, in denen die Kuratel, trotzdem ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, bloß deswegen weiterbesteht, weil niemand, auch der Entmündigte nicht und ebensowenig sein Kurator, Anlaß genommen hat, die Aufhebung zu beantragen — auch zutrifft.



Demgemäß pflegen auch die für das Anhaltungsverfahren zuständigen Bezirksgerichte im Falle der Aufnahme eines bereits unter Kuratel stehenden Geisteskranken von der Durchführung des Anhaltungsverfahrens abzusehen. Leider findet sich das betreffende Bezirksgericht dann nicht immer veranlaßt, die Anstalt von diesem Sachverhalte aus eigenem zu verständigen, sondern wartet in der Mehrzahl der Fälle erst wieder eine besondere Anfrage der Anstalt ab. Aus der daraufhin der Anstalt zugehenden Bekanntgabe vermag diese — nebenbei bemerkt — in solchen Fällen in der Regel erst zu ersehen, daß der betreffende Kranke bereits unter Kuratel steht.

Selbstverständlich beweist das Verhängtsein der Kuratel nicht zugleich die Anhaltungsbedürftigkeit. Daher finden es Richter, die der irrigen Meinung sind, daß es auf die Anhaltungsbedürftigkeit des aufgenommenen Geisteskranken und nicht bloß auf die Zulässigkeit (§ 22) ankomme, in richtiger Weiterverfolgung ihres falschen Standpunktes ab und zu für notwendig, das Anhaltungsverfahren auch bei bereits unter Kuratel stehenden Geisteskranken durchzuführen. So berichtet der Direktor in Kosmanos: „Ein nach altem Verfahren Entmündigter wurde in bezug auf Zulässigkeit der Anhaltung neuerlich untersucht und mit vier Monaten befristet; dieser, offenbar geisteskrank, wird nämlich auf die Anstaltsbedürftigkeit, also nicht bloß Zulässigkeit geprüft."

Auf Grund der Auffassung, daß bereits Entmündigte nicht auf Zulässigkeit der weiteren Anhaltung zu untersuchen seien, haben sich die Bezirksgerichte auch bestimmt gefunden, von einer allgemeinen Untersuchung der nach dem alten System entmündigten und seither dauernd angehaltenen Geisteskranken auf Zulässigkeit der Anhaltung abzusehen und dieses Verfahren — abgesehen von denjenigen Geisteskranken, die im Sinne des § 69, resp. § 51, Abs. 2, die Aufhebung beantragt hatten oder für die ein solcher Antrag von einer anderen hiezu (nach § 26, Abs. 1) berechtigten Person eingebracht worden waren — nur bei Pfleglingen im Alter von 7 bis 24 Jahren, die nach dem früheren System nicht entmündigt wurden, durchzuführen. Nur die Direktion der Anstalten „Am Steinhof" führt an, daß in diesen Anstalten außer den genannten Pfleglingen auch noch diejenigen Kranken untersucht worden seien, welche nach dem 31. Dezember 1915 einer Gerichtskommission nicht vorgestellt worden waren. Dieser Vorgang würde beiläufig der Auffassung entsprechen, daß aus § 23, Abs. 1, nach welchem die Wirksamkeit des Beschlusses über die Zulässigkeit der Anhaltung „spätestens mit Ablauf eines Jahres erlischt", folge, daß alle Angehaltenen, gleichviel, ob entmündigt oder nicht entmündigt, nach Ablauf dieser Frist, „falls nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht die weitere Unterbringung in der Anstalt veranlaßt hat", einer neuerlichen Untersuchung auf Zulässigkeit der Anhaltung zu unterziehen seien.

Der eben zitierte Passus: „falls nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht die weitere Unterbringung in der Anstalt veranlaßt hat", ist mir ein Anlaß, noch auf einen Punkt von allgemeiner Bedeutung einzugehen.

Viele Anzeichen sprechen nämlich dafür, daß die E.-O. dem Anstaltsleiter nicht nur hinsichtlich der Zulässigkeit der Anhaltung, sondern



auch hinsichtlich der Zulässigkeit der Entlassung die Hände bindet. Hermann erklärt z. B. in einer Bemerkung zu § 1: „Das Pflegschaftsgericht kann die Anhaltung eines Entmündigten ohne zeitliche Begrenzung anordnen." Sternberg erklärt rundweg: „Ist die Entmündigung erfolgt, dann ist die Anhaltung eine selbstverständliche." Daher ist es nicht zu verwundern, daß einzelne Bezirksgerichte aus der E.-O. sogar abgeleitet haben, daß ein Pflegling nur über Gerichtsbeschluß aus der Anstalt entlassen werden könne. Entmündigungsgerichte richteten, von dieser Auffassung ausgehend, z. B. wiederholt an die Direktion der Anstalt Feldhof Zuschriften folgenden Inhaltes — ich zitiere ein Original: „Es wird um Bekanntgabe ersucht, ob die Anhaltung des N. N. noch weiters erforderlich ist und ob nicht das Verfahren zwecks Aufhebung der Anhaltung einzuleiten wäre [1]). Gegebenenfalls wolle N. N. zur Stellung eines bezüglichen Antrages angeleitet werden" [2]). In der Meinung also, die Entlassung des N. N. könne nur auf Grund eines gerichtlichen „Verfahrens zwecks Aufhebung der Anhaltung" erfolgen, legt das Gericht der Anstaltsleitung nahe, den Kranken „zur Stellung eines bezüglichen Antrages anzuleiten"! Der Terminus „Verfahren zwecks Aufhebung der Anhaltung" ist, nebenbei bemerkt, eine willkürliche Konstruktion in Anlehnung an das Verfahren zwecks „Aufhebung der Entmündigung"; die E.-O. kennt wohl eine neuerliche, eventuell auf Antrag eingeleitete, Untersuchung zum Zwecke der Entscheidung der Frage der Zulässigkeit der Anhaltung, aber kein eigenes „Verfahren zwecks Aufhebung der Anhaltung". — Der Direktor der Anstalt in Niedernhart, Sanitätsrat Dr. Franz Schnopfhagen, führt zu diesem Punkte folgendes aus: „Es scheint bei manchen Gerichten die Ansicht Platz zu greifen, daß sie berechtigt sind, ohne Rücksichtnahme auf die Statuten zum Zwecke der Beaufsichtigung oder Verwahrung einzuweisen. Damit wurde den Irrenanstalten wenigstens teilweise der Charakter von Detentionsanstalten aufgedrückt. Von diesem Standpunkte aus ist es dann sehr verständlich, daß in manchen Fällen die Entlassung an die vorher einzuholende Zustimmung eines Gerichtes geknüpft wird. — Es wird weiters aus dem § 17 von Seite der Gerichte das Recht abgeleitet, jede unter Kuratel stehende Person in die Irrenanstalt einweisen zu können, und zwar wider Willen nicht nur der Entmündigten, sondern auch seiner Angehörigen. Für diese Einweisungen sind aber nicht ärztliche, sondern soziale Gesichtspunkte maßgebend. Sollten sich derartige Fälle häufen und verallgemeinern, so müßte dadurch der Anstalt ganz der Charakter einer Detentionsanstalt aufgedrückt werden, und damit wären die jahrelangen Bestrebungen der Irrenärzte, freiere Normen für Aufnahme und Entlassung zu schaffen, vereitelt."

---

[1]) Es handelt sich, wohlgemerkt, nicht etwa um eine Anfrage im Sinne des § 23 infolge Ausbleibens der „Anzeige einer geschlossenen Anstalt vom Ablaufe der Anhaltungszeit" (Beispiel Nr. 91 b)!

[2]) Der Direktor hat diesem Gerichte bedeutet, daß N. N. noch geisteskrank sei und daß er gewiß schon entlassen wäre, wenn er geistesgesund wäre.

Aus derartigen Auslegungen, denen, wie ich glaube, das Gesetz keine zureichende Unterlage bietet, man müßte denn den zitierten Passus und einige andere Gesetzesstellen wider meine Annahme als solche betrachten können, geht meines Erachtens hervor, und zwar noch deutlicher, wenn man diese Auslegungen mit der Auslegung des § 22 zusammenhält, nach der im Anhaltungsverfahren nicht nur die Zulässigkeit der Anhaltung, sondern auch die Anhaltungsbedürftigkeit zu beurteilen wäre —, daß die E.-O. von einer Reihe von Juristen nicht bloß vom Gesichtspunkte der Notwendigkeit des Rechtsschutzes der Geisteskranken, sondern auch vom Gesichtspunkte der diesen Juristen offenbar als sicherstehend geltenden Ersprießlichkeit einer Einengung der Wirkungs- und Kompetenzsphäre des Arztes und einer entsprechenden Erweiterung der Kompetenz- und Machtsphäre des Richters betrachtet wird.

Die aus einer solchen Auffassung hervorgehende Strömung einzudämmen, wird die dafür maßgebende Stelle bedacht sein müssen, sollen nicht die guten Seiten, welche das Gesetz ohne allen Zweifel hat, ganz in den Hintergrund treten und nachgerade diejenigen recht behalten — es sind ihrer nicht wenige! —, die der Meinung sind, daß die neue E.-O. — milde gesagt — ein Stein des Anstoßes auf dem Wege der Entwicklung des Irrenwesens sei.

Und nun noch eine kleine Bemerkung, zum Teile auch pro domo! Einige von Ihnen, meine Herren, werden, nachdem Sie meinen Ausführungen gefolgt sind, vielleicht sagen: Nun haben wir die Meinung eines Mannes der schärferen Tonart gehört; einiges wird abzuziehen sein, wenn man sich ein richtiges Bild von den Wirkungen des neuen Gesetzes machen will. Dies wäre ein Irrtum, meine Herren! Die radikalen Stimmen habe ich in meinem Referate gar nicht recht laut werden, sondern höchstens da und dort ein wenig anklingen lassen. Ich habe mir diese Beschränkung auferlegt, weil ich alles beiseite lassen wollte, was soweit ich es beurteilen konnte, meinen sehr geehrten Kollegen im Anstaltsdienste der Affekt eingegeben hat, jener Affekt, den jeder begreifen wird, der bedenkt, daß sich der Gesetzgeber bei der Statuierung des gerichtlichen Verfahrens bei der Aufnahme in geschlossene Anstalten ganz auf den Standpunkt gestellt hat, daß das wesentliche Moment an jener sogenannten „populären Strömung", welcher er Rechnung tragen zu müssen glaubte, in dem Mißtrauen gegen die Irrenanstalten, und zwar auch gegen die öffentlichen Irrenanstalten zu erblicken sei, und ganz unberücksichtigt gelassen hat, daß die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten, wie die Ärzte dieser Anstalten überhaupt, als „Personen des öffentlichen Dienstes" anzusehen sind, als solche eine Vertrauensstellung einnehmen und daher jede Anzweiflung ihrer Vertrauenswürdigkeit, bzw. ihres Pflichtbewußtseins und ihrer Gewissenhaftigkeit in der Erfüllung der Pflichten, die sie unter Eid übernommen haben, als Verletzung ihres Standesgefühles empfinden müssen. —



Anhang.

Es ist mir, meine Herren, letzthin angedeutet worden, daß bei dem geehrten Präsidium des Vereines die Neigung und Absicht besteht, im Anschlusse an mein Referat an die Formulierung geeigneter Anträge zu gehen.

Meine eigene Meinung — ich nehme an, daß ich sie vorbringen darf — geht nun dahin, daß durch eine Reihe entsprechender Durchführungsverordnungen wohl ein ziemlich großer Teil der Übelstände, die sich aus der Art der bisherigen Durchführung ergeben haben, abgestellt oder doch gemildert werden könnte, daß aber zur völligen Sanierung der durch das im Gesetze statuierte Anhaltungsverfahren herbeigeführten Verhältnisse und zur richtigen Lösung der ganzen Frage überhaupt eine gründliche Revision des III. Abschnittes der E.-O. (und einiger in anderen Abschnitten der E.-O. enthaltenen „gemeinsamen" Bestimmungen) erforderlich wäre. Mit letzterer Meinung stehe ich nicht allein. Die Konferenz der Landesausschüsse im Reichsrate der vertretenen Königreiche und Länder am 30. August 1916 führte zur Fassung von Beschlüssen, denen nur durch eine Revision entsprochen werden könnte. Das Gleiche gilt von der Stellungnahme des „Psychiatrischen Verbandes", soweit ich sie übersehen kann. Und aus den Antworten der Anstaltsleiter auf meine Rundfrage entnehme ich, daß sie alle — vielleicht mit Ausnahme eines einzigen, der sich in der ganzen Angelegenheit auffallend kühl verhält — auf dem gleichen Standpunkte stehen. Ganz allein stehe ich aber einstweilen, was die Fassung des Petitums betrifft, dessen Erfüllung durch die Revision angestrebt werden soll.

Was meine engeren Kollegen im Anstaltsdienste wollen, deckt sich auch heute noch ungefähr mit dem, was seinerzeit mit den „Petitionen der Landesausschüsse und Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten gegen einige Bestimmungen der Regierungsvorlage eines Gesetzes über die Entmündigung" angestrebt wurde. Im Vordergrunde steht heute wie damals das Verlangen, daß für die öffentlichen Irrenanstalten von der gerichtlichen Kontrolle der Aufnahmen abgesehen werde oder daß doch wenigstens an die Stelle des obligatorischen ein bloß fakultatives Kontrollverfahren trete, d. h. daß das gerichtliche Kontrollverfahren nur in zweifelhaften, richtiger: in strittigen Fällen eingeleitet werde.

Ich bin entschieden gegen dieses Petitum, und zwar gegen beide Varianten. Erstens halte ich nämlich eine gerichtliche Kontrolle der Aufnahme für nötig — nicht zur Verhütung ungerechtfertigter Internierungen, sondern zum Zwecke des Entgegenkommens gegenüber der allgemeinen Meinung, daß solche Vorkommnisse nur durch eine gerichtliche Kontrolle sicher verhütet werden können, mit der nun einmal gerechnet werden muß. Zweitens halte ich eine jeder Kritik standhaltende Fassung der Bestimmung, wie die strittigen Fälle zu ermitteln wären — eine solche Bestimmung wäre nötig, ließe man das fakultative an die Stelle des obligatorischen Verfahrens treten — für nicht recht möglich. Ich halte diese von mir erst nach reiflicher Überlegung angestellte Behauptung aufrecht, obwohl ich mich so in Widerspruch setze mit fast allen meinen engeren Kollegen im Anstaltsdienste.

Aber mit diesem „Anhaltungs"verfahren, mit dem Verfahren, wie es in der Entmündungsordnung festgesetzt ist, kann ich mich nicht einverstanden



erklären und kann sich meines Erachtens kein im Dienste der öffentlichen Irrenanstalten stehender Arzt einverstanden erklären, der darauf bedacht ist, seinen Standpunkt und die Interessen des Irrenanstaltswesens zu wahren.

Wer einer populären Strömung entsprechen will, muß nach meiner Meinung vor allem bestrebt sein, sie richtig zu erfassen. Dies ist dem Gesetzgeber meines Erachtens nun aber nicht geglückt; denn dann hätte er vor allem erkennen müssen, daß die Öffentlichkeit einen gewaltigen Unterschied macht zwischen den Privatirrenanstalten einerseits, den öffentlichen Irrenanstalten und den psychiatrischen Kliniken anderseits, einen Anterschied, dem man nicht durch Sonderung der Bestimmungen in ein paar relativ nebensächlichen Punkten (vergl. § 16, Abs. 4 und § 19, Abs. 1 der E.-O.) gerecht werden kann.

Bei beiden Arten von Anstalten hat das Publikum sowohl die Möglichkeit der widerrechtlichen Einbringung als auch die ungerechtfertigte Anhaltung geistig gesunder Personen im Auge. Was die Privatirrenanstalten betrifft, steht nun aber die Befürchtung ungerechtfertigter Anhaltung ganz entschieden im Vordergrunde, eine Befürchtung, aus der sich Mißtrauen direkt gegen diese Anstalten, resp. ihre Leiter ergibt. Es wird daher auch für diese Anstalten ein Aufnahme- und Anhaltungsverfahren nach dem Prinzip des in der E.-O. festgesetzten nicht zu umgehen sein. Allerdings bin ich — nebenbei bemerkt — der Meinung, daß dieses Verfahren auch im Falle der Beschränkung seiner Anwendung auf die Privatirrenanstalten erst eine entsprechende Aus- und Umgestaltung zu erfahren hätte. Z. B. entspricht die Bestimmung über die Zustellung der Beschlüsse an die Kranken sicher auch dort nicht. Auch möchte ich glauben, daß auch dem Leiter einer Privatirrenanstalt die Möglichkeit geboten sein müßte, sich gegen die seiner wissenschaftlichen Überzeugung nach ungerechtfertigte Aberkennung der Zulässigkeit der Anhaltung mit mehr Aussicht auf Erfolg zur Wehr zu setzen, als ihm durch das Recht zu rekurrieren geboten ist. Weiter kann ich auf das Thema: Entmündigungsordnung und Pritivarrenanstalten nicht eingehen, da ich mich darüber nicht eigens informiert habe — in Anbetracht des Umstandes, daß sich darüber, wie mir mitgeteilt worden ist, ein anderer Referent äußern wird.

Was nun die öffentlichen Irrenanstalten betrifft, so läßt sich nicht leugnen, daß auch ihnen ein gewisses, nicht gerade geringes Mißtrauen entgegengebracht wird, welches aber eine ganz andere Wurzel hat, als das Mißtrauen gegen die Privatirrenanstalten und daher auch sozusagen aus einem anderen Punkte zu kurieren ist. Während bei den Privatirrenanstalten vor allem die ungerechtfertigte Anhaltung gefürchtet wird, wird bei den öffentlichen Irrenanstalten und psychiatrischen Kliniken vor allem die ungerechtfertigte Aufnahme gefürchtet. Es wird gefürchtet, daß eine geistig gesunde Person auf Grund falscher Angaben oder auf Grund eines leichtfertig ausgestellten unrichtigen Pareres in die Anstalt gebracht werde. Darüber aber, was folgt, macht sich das Publikum ganz andere Gedanken, als der Gesetzgeber angenommen hat. Weit verbreitet ist im Publikum die Ansicht, daß der Anstaltsleiter eine Person, die der Anstalt übergeben worden ist, aus eigenem gar nicht entlassen darf. Die Einbringung in eine öffentliche Irrenanstalt wird von vielen, sogar auch von Juristen, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, als eine Maßnahme aufgefaßt, die der Einlieferung in ein Gefangenhaus auch



insoferne vergleichbar sei, als die Entlassung nur über Gerichtsbeschluß erfolgen könne. Andere gehen von der Idee aus, daß der Karren, wenn er einmal verfahren ist, nicht so leicht und so bald ins richtige Geleise gebracht werden könne, d. h. daß die Richtigstellung der durch falsche Angaben und durch ein unrichtiges Parere begründeten irrigen Beurteilung eines Falles auf Schwierigkeiten stoßen und so eine längere Zeit verstreichen könnte, bis endlich die Aufnahme, bezw. Anhaltung als ungerechtfertigt erkannt wird. Andere wieder befürchten annehmen zu müssen, daß die Beurteilung unter Umständen ganz und gar den dienstjüngeren und im allgemeinen weniger erfahrenen Anstaltsärzten überlassen bleibe. Ich kann aus eigener Erfahrung sogar sagen, daß sich die Angehörigen nicht selten höchst erstaunt zeigen, wenn sie gelegentlich ersehen können, daß auch der Abteilungsvorstand oder gar auch der Anstaltsleiter den Fall untersucht und sich ein Urteil über ihn gebildet habe. Von einem eigentlichen Mißtrauen gegen die Anstaltsärzte in dem Sinne, daß bei ihnen seitens des Publikums irgendein Interesse an der Anhaltung vorausgesetzt würde, ist aber keine Rede. Wenn derlei ab und zu seitens querulierender Personen in- und außerhalb der Anstalten laut wird, so kann man darin doch nicht einen maßgebenden Ausdruck der öffentlichen Meinung, bezw. des Mißtrauens des Publikums gegen die öffentlichen Irrenanstalten sehen, zumal solche Personen mit ihren Anwürfen, wie bekannt, nicht nur die in den Anstalten tätigen Psychiater, sondern auch alle andern Psychiater, mit denen sie in Berührung kommen, insbesondere auch die Gerichtspsychiater, in gleicher Weise zu bedenken pflegen. Und wenn vor etlichen Jahren eine kleine Schar von trotz ihrer angesehenen Stellungen im Leben in dieser Sache nicht ernst zu nehmenden, weil im Irrenwesen durchaus unkundigen Männern das Schlagwort des Mißtrauens gegen die Irrenanstalten ohne Unterschied so recht erst geprägt hat und dieses Schlagwort später von einer Reihe von Gleichgesinnten, namentlich aus juristischen Kreisen, aufgegriffen worden ist, ist es noch immer nicht gerechtfertigt, von einem Mißtrauen der breiten Öffentlichkeit auch gegen die öffentlichen Irrenanstalten zu sprechen.

Es war also dem Gesetzgeber, auch wenn er populären Strömungen Rechnung tragen wollte, durchaus nicht geboten, dem für die öffentlichen Irrenanstalten bestimmten Aufnahms-, bezw. Anhaltungsverfahren die Annahme eines gegen diese Anstalten, d. h. gegen die Ärzte dieser Anstalten „bestehenden Mißtrauens“ zugrunde zu legen. Da es nicht nötig war, war es aber auch nicht richtig; denn über die Interessen eines einzelnen Standes — dazu gehört auch der Schutz der Vertrauenstellung der Ärzte der öffentlichen „geschlossenen“ Anstalten — kann und darf der Gesetzgeber wohl ruhig hinweggehen, wenn es zum Zwecke einer im Interesse der Gesamtheit liegenden Maßnahme unumgänglich notwendig ist, keineswegs aber dann, wenn es auch anders geht.

Meines Erachtens wäre es demnach am Platze, eine Revision des gerichtlichen Verfahrens bei Aufnahme in öffentliche geschlossene Anstalten anzustreben, im Sinne der Anerkennung und Berücksichtigung des Anspruches der Ärzte dieser Anstalten auf Vertrauen in ihr Pflichtbewußtsein und in ihr Verantwortlichkeitsgefühl als Personen des öffentlichen Dienstes.

Man wird vielleicht sagen: dieses Ansinnen ist ja geradezu verwegen, damit wird die Sache ja geradezu auf den Kopf gestellt usw. Ich habe mir dies alles auch selbst gesagt und hätte beinahe, obwohl ich den Glauben an die Richtigkeit meines Standpunktes nie verloren habe, den Mut nicht aufgebracht, ihn zu vertreten. Da hat mir aber vor ein paar Tagen der Zufall einen Bericht in die Hand gespielt, aus dem ich ersehen konnte, daß auch Juristen, auch Gesetzgeber, denken können wie ich.

In dem Berichte: „Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1915, veröffentlicht vom königl. ung. Ministerium des Innern" ist Seite VI zu lesen:

> „Schließlich ist noch zu erwähnen, daß mit dem Inslebentreten der neuen Prozeßordnung in den ersten Tagen des verflossenen Jahres auch das neue Verfahren in Kraft trat, wonach der königliche Bezirksrichter sich in die staatlichen Irrenanstalten und in die Irrenabteilungen der allgemeinen Krankenhäuser begibt, um dort, unter Mitwirkung von Sachverständigen, die behufs ärztlicher Behandlung vorläufig aufgenommenen Personen zu untersuchen, um festzustellen, ob der Fall von Geisteskrankheit vorliegt oder nicht, respektive um darüber Entscheidung zu treffen, ob die provisorisch aufgenommene Person endgiltig aufgenommen werden soll?"

Bisher liest sich das Ganze, als beträfe es das österreichische Aufnahmsverfahren. Nun kommt aber die große Überraschung:

> „Als Sachverständiger fungiert in den staatlichen Instituten zumeist der Direktor und in den allgemeinen Krankenhäusern der Primararzt der Irrenabteilung, was für die Genannten ohne Zweifel eine wesentliche Vermehrung ihrer Agenden bedeutet."

Das ungarische Gesetz selbst habe ich noch nicht erhalten können. Auch ist mir in den Buchhandlungen mitgeteilt worden, daß einstweilen nur die Ausgabe in ungarischer Sprache, die ich leider nicht verstehe, existiert. Der Punkt, auf den es mir in diesem Zusammenhange ankommt, ist aber auch aus dieser kurzen Notiz schon klar ersichtlich. Ganz im Gegensatze zum österreischischen Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten ist das neue ungarische auf die Basis des Vertrauens zur Gewissenhaftigkeit und Sachverständigkeit der Ärzte und insbesondere der Leiter der öffentlichen Anstalten gestellt.

Nun wird man vielleicht sagen: In Ungarn ist es eben so und in Österreich ist es eben anders. Die österreichischen Anstaltsärzte werden sich drein finden müssen, zumal die Wahrung ihres Interesses kein genügender Grund ist, eine Revision zu fordern.

Dies wäre richtig, wenn es sich nur um das Interesse der Anstaltsärzte handelte. So ist es aber eben nicht! Ebenso wie diese Ärzte den Anspruch auf Vertrauen haben, hat auch das Publikum den Anspruch auf jene Beruhigung, die es nur aus der Überzeugung zu schöpfen vermag, daß es Vertrauen zu den Anstaltsärzten haben kann. Auf Schritt und Tritt begegnet der Anstaltsarzt immer wieder Situationen, in denen er Anordnungen, Verordnungen, Verfügungen treffen muß, die das Publikum nur dann und nur insoweit ruhig hinnimmt, als es sie, geleitet vom Vertrauen zu ihm, für gerechtfertigt ansieht. Und nichts ist schrecklicher für die Angehörigen eines „angehaltenen" Kranken, als das fehlende Vertrauen zum Anstaltsarzte, dem sie in ihrer Phantasie den

Kranken auf Gnad' und Ungnad' ausgeliefert sehen. Darum ist es auch ein dringendes Gebot im Interesse des Publikums, alles zu verhüten, bezw. zu vermeiden, wodurch sein Glaube an die Vertrauenswürdigkeit der Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten, bezw. der öffentlichen geschlossenen Anstalten überhaupt, erschüttert werden könnte. Gegen dieses Postulat hat aber der Gesetzgeber ohne allen Zweifel gehandelt, indem er den Anstaltsärzten die Eignung zur Entscheidung der Frage der Zulässigkeit der Aufnahme, bezw. der Anhaltung, auch insoferne bloß der rein medizinische, der rein psychiatrische Gesichtspunkt in Betracht kommt, abgesprochen hat.

Somit muß die „Vertrauensfrage", wenn ich so sagen darf, nicht nur im Interesse der Ärzte der öffentlichen Anstalten, sondern auch und ganz besonders im Interesse des Publikums gestellt werden, wodurch dieses Unternehmen den odiosen Beigeschmack der einseitigen Interessenpolitik vollends verliert.

Und schließlich handelt es sich ja auch wieder nicht nur um diesen einen Gesichtspunkt, ja nicht einmal um ihn in erster Linie, wenn die Forderung einer Revision erhoben wird, sondern, wie aus meinem Referate hervorgegangen sein dürfte, vor alllem darum, daß eine Reihe von Bestimmungen des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung wohl den juristischen Forderungen, wie sie in Ansehung des Zweckes, nämlich der möglichst sicheren Verhütung „ungerechtfertigter Anhaltung in einer Irrenanstalt", gestellt worden sind, keineswegs aber auch den psychiatrischen Forderungen, wie sie im Interesse der in den geschlossenen Anstalten untergebrachten Kranken erhoben werden müssen, im gebotenen Maße Rechnung trägt.

Eine in die Einzelheiten gehende Darlegung der Abänderungen der Entmündigungsordnung, welche zur Erfüllung der beiden Hauptpostulate nötig wären, kann selbstverständlich nicht einfach so nebenher oder im Anhange gegeben werden; sie würde vielmehr eine Aufgabe für sich bilden, zu deren gründlichen Erledigung ein neues, ein zweites Referat erforderlich wäre, das sich übrigens zum Unterschiede vom vorliegenden auch ausführlich mit dem Inhalte des Gesetzes selbst zu befassen hätte. Dem Zwecke, die Forderung einer Revision des Gesetzes zu begründen, dürften indes die vorgebrachten Bemerkungen bereits genügen. Der Grund dafür, daß diese Forderung hier, im Anschlusse an ein Referat über die Durchführung der Entmündigungsordnung überhaupt vertreten worden ist, mag aber darin erblickt werden, daß nach der Meinung des Referenten ein Vorbehalt notwendig war, da er die Ansicht nicht zu der seinigen machen kann, daß nur über die Durchführung des Gesetzes zu klagen und demnach von entsprechenden Durchführungsverordnungen allein schon ein durchaus befriedigendes Ergebnis zu erwarten sei.

Seine Schlußsätze möchte Referent wie folgt formulieren:

A.

Der III. Abschnitt der „Entmündigungsordnung" (kaiserliche Verordnung vom 28. Juni 1916, R. G. Bl. Nr. 207, über die Entmündigung), welcher das „gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten" enthält, und der V. Abschnitt dieses Gesetzes, welcher „gemeinsame Bestimmungen" für



dieses Verfahren und für das Entmündigungsverfahren enthält, bedürfen einer Revision.

Diese Revision hätte davon auszugehen, daß die öffentlichen und die privaten „geschlossenen Anstalten" hinsichtlich der Kontrolle der Aufnahme und Anhaltung im Hinblick auf den grundlegenden Unterschied in der Stellung der Ärzte der Anstalten der einen und der anderen Art, der darin besteht, daß die Ärzte der öffentlichen Anstalten als Personen des öffentlichen Dienstes anzusehen sind, die der Privatanstalten nicht, nicht nach prinzipiell gleichem System zu behandeln sind.

Für die Privatirrenanstalten ist nur die Forderung zu erheben, daß das Verfahren in dem Sinne der vollen Berücksichtigung der psychiatrischen Grundsätze, wie sie im Interesse der in den „geschlossenen" Anstalten jeder Art untergebrachten Kranken eingehalten werden müssen, aus- und umgestaltet werde.

Für die öffentlichen „geschlossenen" Anstalten aber ist die Festsetzung eines Verfahrens nötig, welches erstens nicht, wie das in der Entmündigungsordnung festgesetzte, nur den in Betracht kommenden juristischen Forderungen, sondern auch den psychiatrischen Forderungen der obengenannten Art voll Rechnung trägt, welches zweitens dem für das ganze Anstaltswesen höchst bedeutungsvollen Anspruche der Ärzte dieser Anstalten auf Vertrauen in ihr Pflichtbewußtsein und in ihr Verantwortlichkeitsgefühl als öffentliche Beamte, voll gerecht wird.

B.

Als vorläufige Maßnahme zur Behebung, bezw. Milderung der wesentlichsten Übelstände, die sich einerseits aus den Mängeln des in der „Entmündigungsordnung" festgesetzten „gerichtlichen Verfahrens bei Aufnahme in geschlossene Anstalten", anderseits aus einer nicht entsprechenden Durchführung dieses Verfahrens ergeben haben, sowie als Maßnahme zur Abstellung von Unzukömmlichkeiten, welche sich bei der Handhabung des eigentlichen Entmündigungsverfahrens gegenüber den Pfleglingen der öffentlichen geschlossenen Anstalten herausgestellt haben, ist eine weitere Durchführungsverordnung des Justizministeriums, etwa als Ergänzung des Erlasses des Justizministeriums vom 14. Juli 1916, V. Bl. Nr. 25, zur Einführung der Entmündigungsordnung, erforderlich, in welcher den Gerichten ungefähr folgendes nahezulegen wäre:

1. Jede Verzögerung des gerichtlichen Verfahrens bei Aufnahme in geschlossene Anstalten zu vermeiden; also

a) die Untersuchung des Angehaltenen zu einem möglichst frühen Termine anzusetzen und durchzuführen (§ 18, Abs. 1);

b) den Beschluß (§ 22) ehebaldigst, womöglich im unmittelbaren Anschlusse an die Untersuchung zu fassen;

c) der Anstalt den Beschluß für jeden Fall, namentlich aber wenn er auf Unzulässigkeit der Anhaltung lautet, unverzüglich zuzustellen (§ 65, Abs. 1);

2. zu Sachverständigen nur solche Ärzte zu bestellen, die in zureichendem Maße über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen (§ 18, Abs. 3) und, wo außer den Anstaltsärzten Ärzte, welche diese Bedingung



voll erfüllten, nicht zur Verfügung stehen, stets einen Anstaltsarzt als zweiten Sachverständigen beizuziehen;

3. von der Bestimmung, nach der in zweifelhaften Fällen ein zweiter Sachverständiger beizuziehen ist (§ 19, Abs. 3) in allen zweifelhaften Fällen und insbesondere ausnahmslos in den Fällen, in denen der Richter die Unzulässigkeit der Anhaltung auszusprechen oder richtig gesagt, die Zulässigkeit der Anhaltung nicht auszusprechen beabsichtigt, Gebrauch zu machen;

4. im Falle der Beiziehung eines Anstaltsarztes sein Gutachten als dem des ersten Sachverständigen gleichwertig anzusehen;

5. darauf zu achten, daß bei der Verwendung der Krankengeschichten und der sonstigen Auskünfte der Anstalt über den Untersuchten mit entsprechender Diskretion vorgegangen werde, und zwar:

a) bei der Untersuchung,

b) in Beschlüssen, bzw. in Begründungen von Beschlüssen;

6. die „Vernehmung durch den Richter" (§ 21) nicht in einer solchen Weise vorzunehmen, daß sie den Charakter einer Kontrolle und Kritik der Ärzte in ihrer Tätigkeit als Sachverständige oder den Charakter der aktiven Teilnahme an der ärztlichen Untersuchung selbst annimmt;

7. bei der Fassung des Beschlusses im Anhaltungsverfahren zu beachten, daß nicht die Frage der Notwendigkeit, sondern nur die der Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden ist (§ 22);

8. von der Verpflichtung der Anstalten zur Evidenzhaltung der Anhaltungsfristen und zur Anzeige des Fristablaufes abzusehen;

9. in allen Fällen, in denen sich die jahrelange, bzw. die dauernde Anhaltung eines vermögenslosen Geisteskranken in einer Anstalt als notwendig erweist, das Entmündigungsverfahren einzuleiten;

10. die beschränkte Entmündigung in allen Fällen, in denen die Voraussetzungen dafür gegeben sind, an die Stelle der vollen Entmündigung treten zu lassen, bzw.

a) von vorneherein die beschränkte Entmündigung (§ 1, Abs. 2) in allen entsprechenden Fällen in Anwendung zu bringen,

b) die Umwandlung der vollen Entmündigung in die beschränkte (§ 50, Abs. 2) in allen in Betracht kommenden Fällen durchzuführen;

11. bei Alkoholikern, die im Sinne des § 22 als geistesgesund erklärt werden, immer auch die Entmündigung wegen Trunksucht (§ 2, Abs. 2) in Erwägung zu ziehen;

12. in den Fällen, in welchen die Entmündigung ohne neuerliche Vernehmung und Untersuchung beabsichtigt wird, ausnahmslos vorher das Zeugnis des Anstaltsleiters im Sinne des § 33, Abs. 2, einzuholen;

13. die Bestimmungen der Entmündigungsordnung, welche die Wahrung der Interessen des zu Entmündigenden im Entmündigungsverfahren zum Gegenstande haben (§§ 29—31), auch bei der Entmündigung der in Irrenanstalten angehaltenen Personen sinngemäß in Anwendung zu bringen;

14. die Zustellung des Beschlusses, mit dem für die Anhaltung in einer Irrenanstalt entschieden wird, an den Kranken in den seltenen Fällen zu verfügen, in denen sicher angenommen werden kann, daß eine schädliche



Einwirkung auf das Befinden des Kranken nicht zu befürchten ist (§ 65, Abs. 3), und dem Anstaltsleiter anheim zu stellen, die von Seite des Gerichtes verfügte Zustellung zu inhibieren, wenn er von ihr eine schädliche Einwirkung auf das Befinden des Kranken befürchtet;

15. dem Leiter der Irrenanstalt, in welcher die betreffende Person untergebracht ist, sowohl den Beschluß, mit welchem über die Entmündigung, als auch den, mit welchem über die Aufhebung oder Umwandlung einer rechtswirksam gewordenen Entmündigung entschieden wird, regelmäßig und ehebaldigst zuzustellen, sowie die Bestellung eines Kurators, resp. Beistandes in jedem Falle unverzüglich bekanntzugeben (§ 66);

16. die Anstalt davon zu benachrichtigen, wenn das Gericht mit Rücksicht darauf, daß der Kranke bereits unter Kuratel steht, von der Einleitung des Anhaltungsverfahrens Abstand nimmt, und der Anstalt bei dieser Gelegenheit die Kuratelsdaten mitzuteilen;

17. die an die Anstalten hinsichtlich Äußerungen, Anzeigen, Berichten und namentlich Abschriften von Krankengeschichten gestellten Anforderungen auf das unbedingt nötige Maß zu beschränken;

18. bei der ganzen Handhabung der Entmündigungsordnung alle vermeidbaren Eingriffe in die Wirkungssphäre der Anstaltsleitung zu unterlassen.

Blutung im linken Stirnlappen des Gehirnes bei tuberkulöser Meningitis als Ursache eines plötzlichen Todes.

Von

Professor **Dr. Fritz Reuter.**

(Mit 2 Abbildungen im Text.)

Im nachfolgenden soll etwas ausführlicher über einen Fall von Blutung in das linke Stirnhirn bei tuberkulöser Meningitis berichtet werden. Die Präparate dieses Falles demonstrierte ich bereits kurz am 12. Dezember 1916 im Verein für Neurologie und Psychiatrie in Wien.

Es handelt sich um den Hirnbefund bei einem zirka 25 bis 30 Jahre alten Manne, welcher am 25. Juli 1916 auf die psychiatrische Klinik von Wagner in Wien aufgenommen wurde und nach kurzer Beobachtung am 27. Juli 8 Uhr früh verschied. Da der Mann unbekannt blieb, so konnten keine weiteren Erhebungen über die Erscheinungen, welche der scheinbar plötzlichen, unter schweren Gehirnsymptomen einsetzenden Erkrankung vorangegangen waren, gepflogen werden. Die Beobachtung auf der Klinik von Wagner, welch' letzterer mir die Krankengeschichte des Falles in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellte, ergab folgendes:

Bei der Aufnahme am 25. Juli war der Mann sehr schwach, zitterte am ganzen Körper, konnte sich auf ebener Erde nur mit Mühe fortbewegen und hielt sich beim Gehen und Stehen an. Auf Fragen antwortete er mit schwacher Stimme und lallte unverständliche Worte. Auch seinen Namen konnte er nicht angeben. Aufträge befolgte er nicht. Als man ihm ein Stück Zucker reichte, nahm er es in die Hand, steckte es in den Mund und sagte, es schmecke gut. Dies war die einzige Handlung und Antwort, die einen vernünftigen Eindruck erweckte.

Bei der somatischen Untersuchung fand man einen kleinen, marastischen, abgemagerten Körper. Die rechte Pupille war etwas größer als die

linke, lichtstarr. Wegen Indolenz des Patienten konnte auf Konvergenz nicht geprüft werden. Die Patellarsehnenreflexe erwiesen sich als sehr gesteigert. Über dem Herzen und den Lungen konnte ein krankhafter Befund klinisch nicht konstatiert werden.

Aus dem polizeiärztlichen Parere, mit welchem der Mann auf die Klinik abgegeben wurde und welches vom 24. Juli 1916 datiert war, ergab sich, daß der Mann aufgegriffen wurde, „weil er ganz verwirrt war, Gegenstände nicht erkannte und unverständliche Laute von sich gab."

Da im Verlaufe der Krankenbeobachtung bald Koma eintrat, so konnte eine genaue klinische Diagnose nicht gestellt werden. Der Kliniker vermutete als Ursache der Erscheinungen eine tuberkulöse Meningitis.

Da die Diagnose nicht sichergestellt war, so wurde die sanitätspolizeiliche Obduktion angeordnet, welche ich am 31. Juli 1916 vormittags vornahm.

Die Obduktion ergab als äußeren Befund:

Männliche Leiche, 155 *cm* lang, schwächlich, mager. Die Haut vorne blaß, am Rücken rötlich-violette Totenflecke. Kopfhaar schütter, dunkelblond, bis 8 *cm* lang, Pupillen mittelweit, beiderseits gleich, Regenbogenhäute braun. An der Oberlippe ein schütterer blonder struppiger Schnurrbart; an Kinn und Wangen Bartstoppeln. Gebiß sehr defekt, Kauflächen stark abgenützt. Die Gesichtshaut zeigte reichliche Sommersprossen. Ohrläppchen angewachsen. Hals und Brustkorb schwächlich, Bauch eingezogen.

Bei der inneren Untersuchung erwiesen sich die Schädeldecken als mäßig blutreich und trocken. Das Schädeldach war länglich-oval, dünnwandig und kompakt.

Zur Untersuchung des Gehirnes wurde entsprechend der Sägeschnittfläche des Schädels ein Horizontalschnitt angelegt. Hiebei fand sich im Bereiche des linken Stirnlappens eine ausgedehnte, ziemlich frische Blutung, welche auf Fig. 1 reproduziert ist.

Bei der näheren Besichtigung des Gehirnes zeigte sich nun, daß es sich um keine gewöhnliche Apoplexie, sondern um einen besonderen Fall von Hirnhämorrhagie handelte.

Die linke Hemisphäre war geschwollen, namentlich im Bereiche des Stirnlappens und der angrenzenden Partien der Inselwindungen. Die vorderen Partien der linken Hemisphäre waren von einem 5 *cm* langen, bis $4^1/_2$ *cm* breiten Blutungsherd von dunkelroter Farbe eingenommen. Dieser Herd reichte vorne und etwas seitlich von der Spitze des linken Stirnlappens bis

nahe an die Rinde des Stirnhirnes, medial bis in den Bereich des linken Vorderhornes, an den Kopf des Streifenhügels, den vorderen Schenkel der inneren Kapsel und an die äußeren Partien des Putamens

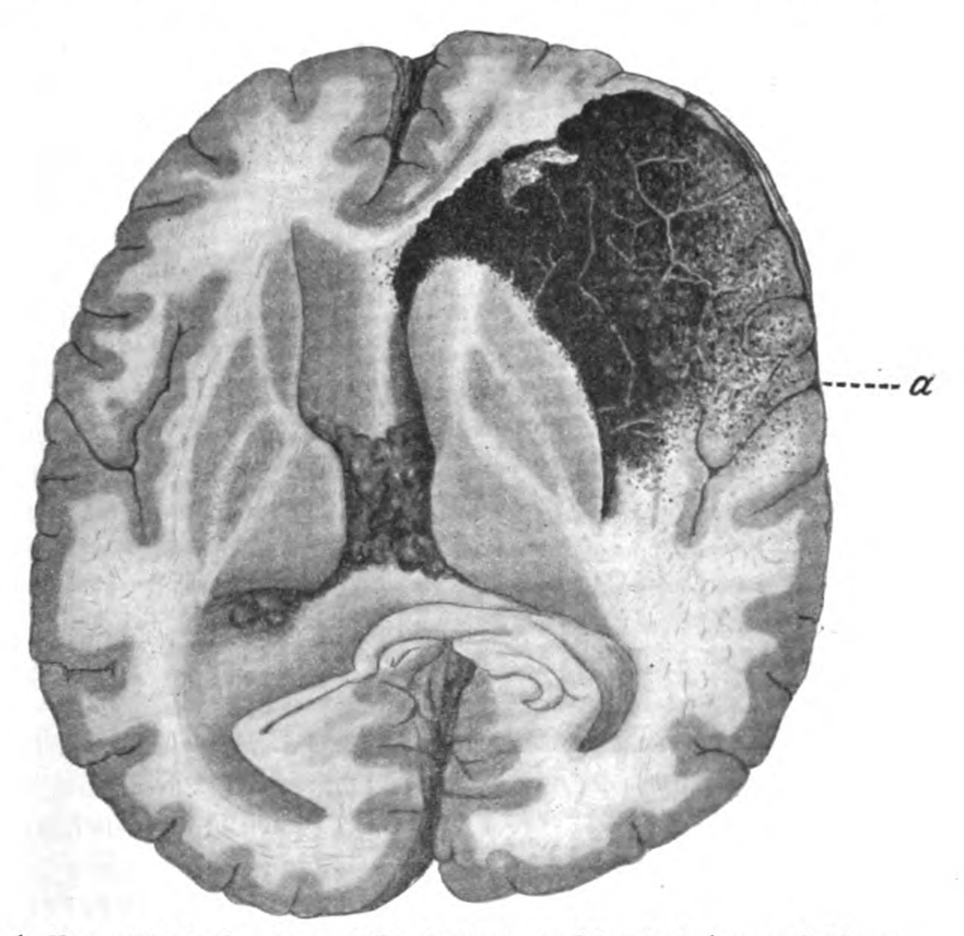


Fig. 1. Untere Fläche der oberen Hälfte des horizontal durchschnittenen Gehirnes. Man sieht die ausgedehnte Blutung im linken Stirnlappen, welche nach vorne bis fast zur Spitze des Stirnlappens, nach rückwärts bis zu den Inselwindungen, außen bis in die Rinde reicht und innen von der äußeren Kapsel begrenzt wird. Das Claustrum ist durch die Blutung größtenteils zerstört und nur noch in seinem hinteren Anteil zu erkennen. Bei *a* Fossa Sylvii. Parallel zu dieser Stelle wurden die Serienschnitte angelegt.

heran, setzte sich nach rückwärts über die Mitte der äußeren Partien des Linsenkernes fort und grenzte lateral direkt an die Rinde des Stirnlappens und die der Inselwindungen an, die letzteren teilweise in

sich aufnehmend. Entsprechend der letzteren Stelle bildete die Sylvische Furche teilweise die hintere Grenze des Blutungsherdes.

Eine nähere Besichtigung des Blutungsherdes ergab nun, daß die Grenzen desselben vorne und innen ziemlich scharf waren und sich namentlich im Bereiche des Kopfes des Streifenhügels und der äußeren Partien des Putamens von der graurötlichen Farbe dieser Hirnkerne deutlich abhoben, während die Ränder des Herdes lateral gegen die Rinde des Stirnlappens und gegen die vorderen Partien der Insel zu verwaschen waren, und allmählich in ein teils graurötliches, von zahlreichen kleinen, einzelstehenden und gruppierten Blutungen durchsetztes, teils mehr gelblichweiß gefärbtes ödematöses Gewebe übergingen. Die Rinde der vorderen und seitlichen Partien des Stirnlappens war verquollen, von kleinsten stecknadelkopfgroßen Blutungen und rötlichen Streifen eingenommen. Entsprechend der Spitze des Vorderhornes quoll etwas geronnenes Blut in die linke Seitenkammer vor.

Die Schnittfläche des Blutungsherdes zeigte keine gleichmäßige dunkelrote Färbung; sie wies vielmehr ein feines, graurötliches Netzwerk auf, dessen Maschen etwa die Größe von Linsen bis Erbsen hatten und von dunklen blutroten Gerinnseln erfüllt waren. Man gewann gleich bei der ersten Besichtigung den Eindruck, daß es sich nicht um eine Blutung infolge Ruptur einer Arterie handelte, daß vielmehr das hämorrhagisch infarzierte Gewebe eher einer intensiven venösen Stase mit nachfolgender Blutung seine Entstehung verdankte. Bei der näheren Untersuchung der Hirnoberfläche, welche bei der in diesem Falle angewendeten Sektionsmethode der Besichtigung der Schnittfläche des Gehirnes nachfolgt, zeigte sich nun, daß entlang der Verzweigungen der linken Arteria fossae Sylvii zahllose teils einzelstehende, teils mehr gruppierte, grauweiße, miliare Knötchen vorhanden waren. Diese Knötchen waren, namentlich im Bereiche des ersten Astes der genannten Arterie, welche bekanntlich die zweite und dritte Frontalwindung versorgt, besonders reichlich angeordnet, fanden sich aber auch im Bereiche des zweiten Astes an der Basis

der Zentralwindungen und an den kleinen Ästen für die Inselwindungen ziemlich zahlreich vor.

Eine Präparation der linken Fossa Sylvii ergab auch, daß sowohl der Stamm der linken Arteria cerebri media als auch die genannten Äste in ein sulziges, weißliches, ziemlich elastisches Gewebe eingebettet waren.

Der Stamm der genannten Arterie, sowie die größeren, von ihr abgehenden Äste waren frei von Thromben. In der Tiefe der Fossa Sylvii konnten allerdings schon mit freiem Auge kleinere thrombosierte Gefäße, offenbar kleine Venen, welche in ein weißliches, von grauweißen Knötchen durchsetztes Gewebe eingebettet waren, konstatiert werden.

Zwischen Arachnoidea und Pia fand sich auch sonst an den Stellen, die wir bei tuberkulöser Meningitis vom Exsudat bevorzugt zu sehen gewohnt sind, eine sulzige, gelblichweiße, hie und da von Knötchen durchsetzte Masse; doch fiel auf, daß der tuberkulöse Prozeß im Bereiche der Hirnhäute, dessen Diagnose natürlich bei dem überaus charakteristischen Befunde schon mit freiem Auge ohne Schwierigkeit gestellt werden konnte, speziell im Bereiche der bereits geschilderten Partien der linken Arteria fossae Sylvii besonders intensiv ausgebildet war.

Aus dem übrigen Obduktionsbefunde sei noch kurz erwähnt: Die Hirnventrikel waren erweitert, die Plexus chorioidei blaß, ohne Tuberkel, das Ependym zart. Im Rachen fand sich Schleim, die Schleimhaut war blaß, die Follikel waren etwas größer. Das kleine Herz enthielt etwas flüssiges und locker geronnenes Blut, die Klappen waren zart und schlußfähig, der Herzmuskel zeigte eine graubraune Farbe und eine brüchige Konsistenz.

Die Lungen waren mit den Spitzen leicht angeheftet, der Pleuraüberzug wies teils einzelstehende, teils gruppierte grauweiße Knötchen auf. In beiden Oberlappen fanden sich alte Schwielen, gruppierte gelbliche Knötchen und größere käsige Knoten. Die Lungenhilusdrüsen waren teils anthrakotisch pigmentiert, teils verkäst, teils nur von gelblichweißen Knötchen eingenommen. Das peribronchiale Gewebe erwies sich in der Umgebung der Drüsen verdichtet und teilweise verkäst. — Von dem Befunde an den Bauchorganen sei nur erwähnt, daß die Leber und Nieren parenchymatös degeneriert waren und keine mit freiem Auge sicht-



baren Knötchen erkennen ließen, während die leicht vergrößerte schlaffe, follikelreiche Milz hie und da einen gelben Knoten zeigte. Die Magenwand erwies sich erweicht, im Darme waren tuberkulöse Geschwüre nicht vorhanden.

Um nun einen Einblick in die Entstehung des Blutungsherdes im linken Stirnlappen und seine Beziehungen zu dem tuberkulösen, namentlich linkerseits lokalisierten Entzündungsprozesse der Meningen zu erlangen, wurde sowohl die obere als auch die untere Hälfte des Gehirnes parallel zu der bereits angelegten Schnittfläche noch in weitere Horizontalschnitte zerlegt, wobei sich zeigte, daß der erwähnte Blutungsherd sowohl nach oben als nach unten allmählich an Ausdehnung abnahm. Die Abbildung Nr. 1 zeigt somit den Herd in seiner größten Ausdehnung.

Faßt man diesen Obduktionsbefund zusammen, so handelt es sich um eine ziemlich ausgedehnte Blutung im linken Stirnlappen bei einer offenbar auf hämatogenem Wege zustande gekommenen tuberkulösen Meningitis. Schon nach dem makroskopischen Befunde kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß diese Blutung mit der intensiven Tuberkulisierung der Meningen im Bereiche der linken Arteria fossae Sylvii im Zusammenhange steht. Solche ausgedehnte Blutungen bei tuberkulöser Meningitis sind im allgemeinen selten, während ein Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von den weichen Hirnhäuten auf die Hirnrinde recht häufig beobachtet wird, wie jeder erfahrene Prosektor weiß, und wie in letzter Zeit durch Biber wieder an der Hand einer Reihe von Fällen festgelegt wurde. Allerdings ist dieses Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von den Meningen auf die Hirnrinde nicht immer mit freiem Auge deutlich zu erkennen, wie Biber mit Recht hervorhebt. Es bedarf hiezu vielmehr in der Regel einer genauen mikroskopischen Untersuchung der tuberkulös veränderten Gehirnpartien.

In der mir zugänglichen Literatur konnte ich nur fünf Fälle von ausgedehnter Hirnblutung bei tuberkulöser Meningitis vorfinden. Der erste Fall wurde von Nonne, ein zweiter von Vanzetti, und die übrigen drei von Askanazy beschrieben. Während Nonne sich begnügt, das Gehirn des von ihm beobachteten Falles einfach zu beschreiben, und sich in eine nähere Erörterung der Genese der Blutung nicht einläßt, weiters auch Vanzetti sich nur ganz im allgemeinen dahin äußert, daß die hämor-

rhagischen Encephalitisformen bei tuberkulöser Meningitis mit Gefäßveränderungen im Zusammenhange stehen, verbreitet sich Askanazy ziemlich eingehend über die Pathogenese dieser seltenen Fälle, indem er darauf hinweist, daß bei der histologischen Untersuchung derselben neben den schon seit längerer Zeit bekannten periarteriitischen Prozessen im Bereiche der Meningen und der Hirnrinde sich auch immer ausgebreitete und tiefgehende Veränderungen an den Venen vorfinden. Askanazy zeigte an der Hand seiner Fälle, wie es durch Übergreifen des tuberkulösen Prozesses auf die Venenwände, Durchwucherung derselben und Fortschreiten des Prozesses bis zur Blutsäule des Gefäßes zur Bildung von Thromben zunächst im strömenden Blute, und im weiteren Verlaufe auch zum Verschluß dieser Gefäße kommt. Trifft der Verschluß eine größere Vene mit einem ausgedehnten Wurzelgebiet, so kommt es nach Askanazy zur Bildung ausgedehnter Hämorrhagien im Bereiche des erwähnten Wurzelgebietes. An die Beschreibung seiner Fälle knüpft dieser Autor die Aufforderung, in jedem einschlägigen Falle den Veränderungen der Venen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Da auch F. Marchand wiederholt darauf hingewiesen hat, daß bei den sogenannten hämorrhagischen Encephalitisformen den Hämorrhagien in der Regel eine venöse Stase und Thrombose bei vorhandener Arteriensperre zugrunde liegt, so achtete ich bei der Durcharbeitung meines Falles genau auf diese Umstände und war bestrebt, durch Kombination des makroskopischen Befundes mit den teilweise an Serien gewonnenen mikroskopischen Bildern darüber klar zu werden, ob auch in meinem Falle für das Zustandekommen der Blutung eine Thrombose einer größeren Vene verantwortlich zu machen sei, und wenn dies der Fall sein sollte, ob sich die Lage und Begrenzung des hämorrhagischen Herdes aus der Sperrung eines bestimmten Abflußgebietes erklären ließe.

Bevor ich auf die nähere Schilderung des mikroskopischen Befundes eingehe, sei mir gestattet, in Kürze der Lage jener Venen zu gedenken, welche als Abflußgebiet aus den von der Blutung eingenommenen Hirnpartien in Betracht kommen. Wenn auch die Lokalisation der Venen des Gehirnes keine so regelmäßige ist wie die der Arterien, und die Venen durch ein ausgedehntes Anastomosennetz miteinander in Verbindung stehen, so lassen sich doch einzelne venöse Gruppen nach ihren Wurzelgebieten unterscheiden. Bekanntlich werden die Hirnvenen in drei Gruppen eingeteilt: in eine erste Gruppe, die der oberen Hirnvenen, welche in den Sinus falciformis major münden; in eine zweite Gruppe, die der mittleren Gehirnvenen, deren Sammelpunkt die Vena cerebri int. comm. (V. magna Galeni) bildet, und in eine dritte Gruppe, die der unteren Hirnvenen, deren Verlauf und Endigung sehr variabel ist. Das Blut aus dem Stirnlappen, den Inselwindungen, den angrenzenden Partien



des Schläfelappens, des Claustrums, der lateralen Partien des Kopfes des Streifenhügels und des Putamens fließt nun hauptsächlich in die Vena fossae Sylvii ab, eine Vene, welche in der Tiefe der Sylvischen Grube liegt und nach Browning nicht mit der Vena cerebri media identifiziert werden darf. Während die letztere ganz oberflächlich in den die Sylvische Grube deckenden Hirnhäuten und parallel mit dieser verläuft, in ihrem Verlaufe mehr oder weniger Wurzeln aus den benachbarten Partien des Stirn- und Schläfelappens aufnimmt und schließlich im Sinus cavernosus endet, entsteht die V. fossae Sylvii in der Tiefe der Sylvischen Spalte aus dem Zusammenfluß kleiner Stämmchen von allen Seiten, nimmt überdies Wurzeln aus dem Frontal- und Temporallappen auf und verläuft schließlich unter der Spitze des Schläfelappens zur V. basilaris, in welcher sie endet.

In unserem Falle war, wie schon die Betrachtung der Oberfläche des Gehirnes mit unbewaffnetem Auge zeigte, die V. cerebri media sinistra frei von Thromben; auch im unteren Teil des Stammes der V. fossae Sylvii sinistra konnte beim Auseinanderdrängen des Stirn- und Schläfelappens ein größerer, das Lumen des Gefäßes obturierender Thrombus nicht nachgewiesen werden. Hingegen waren schon mit freiem Auge in der Tiefe der Sylvischen Furche ungefähr an der Stelle, wo die Vena fossae Sylvii aus dem Zusammenflusse zahlreicher kleiner Venenstämmchen entsteht, kleine Thromben zu sehen. Bei Lupenvergrößerung konnte man nun im Anfangsteil des Stammes der Vena fossae Sylvii sinistra deutlich einen das Lumen des Gefäßes fast vollständig ausfüllenden Thrombus nachweisen. Dieses Gerinnsel trat in Schnitten, welche parallel zu dem Haupthorizontalschnitt durch das Gehirn angelegt wurden, deutlich hervor. Es konnte auch an kurzen Serien die Genese dieser Thromben näher studiert werden.

Bevor wir aber auf die Schilderung dieser Thrombose näher eingehen, wollen wir noch eine kurze Beschreibung des meningealen tuberkulösen Prozesses geben, der auch die Hirnrinde ergriffen hatte.

Zunächst sei der Veränderungen im Arachnoidalraum gedacht. Dieser war teils von einem fibrinösen Exsudate erfüllt, teils fanden sich in ihm zahlreiche Lymphoidtuberkeln mit käsigen Nekrosen, wie wir sie bei

disseminierter Tuberkulose der Meningen zu sehen gewohnt sind, vor. Die Tuberkelbildung und die käsigen Nekrosen fanden sich hauptsächlich an den Grenzen des Arachnoidalraumes, und zwar namentlich an jenen vor, welche gegen die Rinde zu lagen. An diesen Stellen erwies sich die Pia in ein zellreiches, hauptsächlich aus Lymphocyten bestehendes, reichlich käsige Nekrosen enthaltendes Gewebe umgewandelt, welches an einzelnen Stellen auf die Rinde übergriff, so daß an diesen die sonst scharfe Grenze verwischt war. Namentlich die Buchten zwischen den kleinen Windungen zeigten zahlreiche dichtliegende Tuberkel. Das Zentrum des Arachnoidalraumes war von einem teils fein, teils grobmaschigen fibrinösen Exsudate erfüllt, in welchem käsig nekrotische Knötchen und ein unregelmäßig verzweigtes käsiges Balkenwerk bei mäßig reichlichen zelligen Elementen sich vorfanden. In diese Exsudatmasse eingebettet, lagen die in ihrer Wandung stark veränderten Arterien und Venen. Die größeren Zweige der A. fossae Sylvii waren fast nur von fibrinösem Exsudate umgeben, während die kleinen, nahe der Rinde liegenden Arterien in einem stark zellig infiltrierten Gewebe lagen. In letzterem fanden sich auch zahlreiche kleine Venen, während die größeren Venen, die Wurzeln der V. fossae Sylvii, ähnlich wie die größeren Arterien, fast nur von fibrinösem Exsudate umgeben waren. Die Arterien zeigten die gegenwärtig allgemein bekannten, in letzter Zeit namentlich von Biber und Askanazy näher studierten periarteriitischen Veränderungen.

Um eine Wiederholung der in der Literatur bereits beschriebenen und daher als bekannt vorauszusetzenden Arterienveränderungen zu vermeiden, soll der Befund an diesen in unserem Falle nur kurz gestreift werden. Eine ausführliche Schilderung wollen wir nur von jenen Veränderungen geben, welche für die Deutung des Falles besonders wichtig sind.

In zahlreichen Schnitten, welche teils mit Hämatoxylin-Eosin, nach van Gieson, teils nach der Weigertschen Fibrin- und Elastinfärbung gefärbt wurden, repräsentierten sich die kleineren und größeren Arterien folgendermaßen:

Fast alle Arterien waren von einem mehr oder minder ausgeprägten nekrotischen, mit Eosin schmutzigrot, nach van Gieson gelb sich färbenden Ring umgeben, welcher Lymphocyten in verschiedener Zahl enthielt. An mehreren Stellen ließ sich in dieser Schicht ein starker zelliger Zerfall nachweisen. Nach innen von diesem Ring fand sich ein ebenfalls ringförmig angeordnetes, lockeres, faseriges, mäßig reichliche nach van Gieson sich rotfärbende Bindegewebsfasern enthaltendes Gewebe, in welchem spärliche Rundzellen eingestreut waren. Hier und da setzten sich die nekrotischen Massen des äußeren Ringes auch auf die zweite Schichte fort und bildeten daselbst unregelmäßig rundliche Herde. Auf diese zweite Schichte folgte die kernarme, ziemlich ausgedehnt nekrotische Muskularis, welche innen von der meist gut erhaltenen, elektiv nach Weigert sich färbenden Elastica interna abgegrenzt war. Innerhalb der letzteren zeigten fast alle Arterien ein neugebildetes subendotheliales Gewebe, welches an einzelnen größeren Arterien mächtig entwickelt war. Es setzte sich aus einer faserigen,



ziemlich lockeren Zwischensubstanz zusammen, welche mit spindeligen, einen großen, meist ovalen, nur schwach färbbaren Kern aufweisenden Zellen in inniger Beziehung stand. Zwischen diesen spindeligen, nicht besonders zahlreichen Zellen fanden sich mehr oder minder polygonal geformte Zellen vor, welche einen scharf abgegrenzten, mit Hämatoxylin dunkelblau sich färbenden Kern aufwiesen, der von einem ziemlich breiten Protoplasmasaum umgeben war. Diese Zellen waren meist etwas größer, selten doppelt so groß wie Leukocyten. Sie fanden sich an einzelnen Stellen sehr reichlich vor. An anderen Stellen wieder waren sie spärlicher. Zwischen ihnen lagen mitunter rote Blutkörperchen in mäßiger Anzahl und vereinzelte Leukocyten. Ab und zu konnten in diesem subendothelialen Gewebe Riesenzellen nachgewiesen werden. Besondere Aufmerksamkeit wurde den in diesem Gewebe etwa vorhandenen Nekrosen geschenkt. Solche Nekrosen waren nun an verschiedenen Stellen, und zwar namentlich in den kleinen, mehr der Hirnrinde zu liegenden Arterien nachzuweisen. Sie bildeten im Querschnitt des Gefäßes teils kleine Ringe, teils halbmondförmige Schollen und lagen hauptsächlich in der Nähe der Elastica interna. In ihrer Umgebung fanden sich häufig rote Blutkörperchen, an einzelnen Stellen auch ein das Gewebe durchsetzendes, die Fibrinreaktion nach Weigert gebendes, feinmaschiges Netzwerk, welches mit den Schollen in inniger Beziehung stand. Bekanntlich sind ähnliche subendotheliale Schollen bereits von verschiedenen Autoren gesehen und beschrieben worden. Über ihre Genese ist eine Einigkeit noch nicht erzielt worden. Während Biber unter Berufung auf eigene Untersuchungen und solche von M. B. Schmidt geneigt ist, eine primäre Nekrose des subendothelialen Gewebes anzunehmen, spricht Askanazy gelegentlich der Schilderung dieser Schollen von einer fibrinoiden Umwandlung derselben im Sinne Neumanns, da es ihm gelang, mit der Fibrinfärbung nach Weigert an diesen Schollen eine dunkelblaue Tinktion zu erzeugen. In den Präparaten meines Falles gaben diese Schollen, die sich mit Eosin schmutzigrot, wie verkäste Partien, nach Gieson meist gelb, mitunter auch rötlich, mit Löfflerschem Methylenblau meergrün färbten, fast überall eine deutliche Fibrinreaktion. An einzelnen Stellen konnte ich aber neben und in diesen nekrotischen Massen ein feines Fibrinnetz nachweisen, so daß ich den Eindruck gewann, daß die bereits nekrotisierten Gewebsmassen erst nachträglich infolge einer in das nekrotische Gewebe erfolgenden Exsudation einer fibrinreichen Flüssigkeit in die fibrinoiden Massen umgewandelt wurden. An einzelnen kleinen Arterien fand sich nicht nur in dem subendothelialen Gewebe, sondern auch in der Muskularis ein scholliger Zerfall vor. Ein Querschnitt solcher Gefäße zeigte zwischen Adventitia und Endothel des Gefäßes einen scholligen, die Fibrinreaktion gebenden nekrotischen Ring. Das Endothel der Arterien war teils postmortal abgelöst, teils grenzte es als ein feiner Saum die subendotheliale Schicht gegen das Gefäßlumen ab. An zahlreichen kleinen Arterien war ein Gefäßlumen nicht mehr nachzuweisen. An Stelle desselben fand sich eine schollige Masse, welche sich in färberischer Hinsicht ähnlich verhielt wie



die subendothelialen Schollen. An diesen Gefäßen war es offenbar infolge Wucherung und scholligen Zerfalles des subendothelialen Gewebes zum Durchbruch des Endothels und schließlichen Verschluß des Gefäßes gekommen. In den Arterien mittleren Kalibers erwies sich das Lumen entweder leer, oder es enthielt rote Blutkörperchen in wechselnder Zahl. An einzelnen größeren Arterien konnten wandständige Thrombosen nachgewiesen werden. Das Endothel dieser Gefäße war an einzelnen Stellen unterbrochen, und es lagen der subendothelialen Schicht körnige, mit Eosin blaßrosa sich färbende, offenbar aus konglutinierten Blutplättchen entstandene Massen an. An diese reihten sich rote Blutkörperchen, die von einem Fibrinnetz umsponnen waren, weiters weiße Blutkörperchen und größere Fibrinklumpen

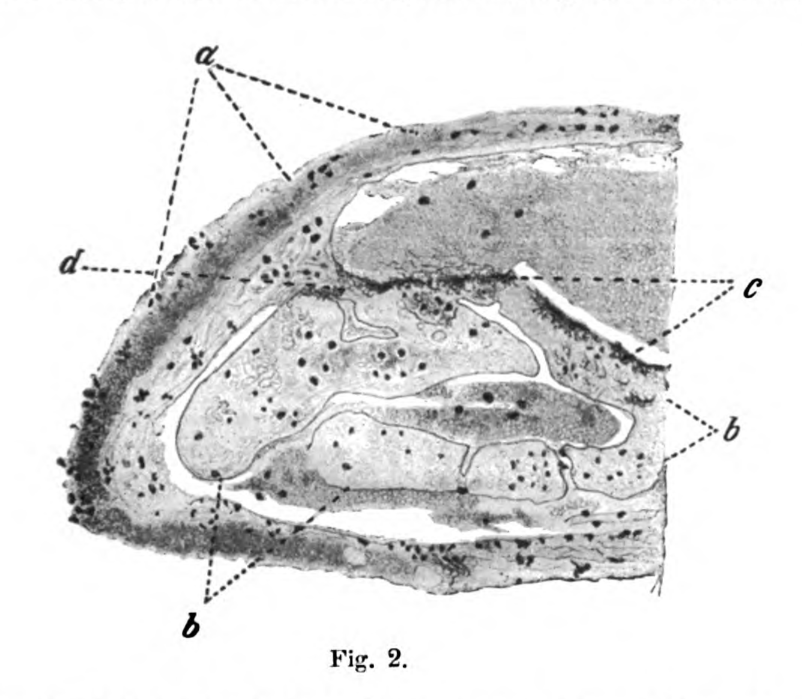


Fig. 2.

an. Eine vollständige thrombotische Obturation größerer Arterien konnte ich nicht nachweisen. Die wandständigen Thromben zeigten jene Charaktere, wie wir sie bei Thromben im langsam strömenden Blut gewöhnlich sehen.

Besondere Aufmerksamkeit schenkte ich den Veränderungen an den Venen. Diese waren in meinem Falle ebenso wie in jenen von Askanazy stellenweise derart in das tuberkulöse Gewebe eingebettet, daß ihre Konturen nur schwer erkannt werden konnten. Fast überall war die Wand der Venen von dem tuberkulösen Prozeß bis zum Blutstrom durchwuchert. Es fanden sich daher an den kleinen Venen zahlreiche Thrombosen meist in Form roter oder gemischter Thromben. An einer größeren Vene, offenbar dem Stamm der Vena fossae Sylvii, konnte dieser thrombotische Prozeß etwas

näher studiert werden, zumal sich diese Vene an Serien gut verfolgen ließ.

In Abb. 2 ist ein Querschnitt dieser Vene bei schwacher Vergrößerung reproduziert. Man sieht deutlich die allseits von tuberkulösem Gewebe durchwucherte, stellenweise durch dieses völlig ersetzte Venenwand (bei a). Das Lumen der Vene selbst war von einem korallenstockartig verzweigten Balkenwerk durchzogen, welches sich aus einer feinkörnigen, mit Eosin blaßrot, nach van Gieson blaßgelb sich färbenden Masse zusammensetzte (bei b). Dieser Masse lagen vereinzelte Leukocyten und namentlich an den Rändern ein feines Netzwerk von Fibrinfasern auf (bei c), an welche sich konglutinierte rote Blutkörperchen anschlossen. An einer Stelle (bei d) saß dieses Balkenwerk der Venenwand direkt auf, während an anderen Stellen zwischen Innenfläche der Vene und Balkenwerk noch eine Lage roter Blutkörperchen vorhanden war.

Der geschilderte Thrombus zeigte somit jenen Bau, wie ihn Aschoff in seinen bekannten Untersuchungen als charakteristisch für die im strömenden Blute entstehenden Thromben beschrieben hat. Die körnigen Balkenmassen in unserem Falle entsprechen offenbar den balkenartig konglutinierten Blutplättchen.

Verfolgte man den Venenthrombus an Serien distalwärts, so konnte man sehen, daß die Thrombose immer mehr an Ausdehnung zunahm und sich an einer Gabelung der Vene in zwei Wurzeln in zwei obturierende Thromben fortsetzte.

Während also im Hauptstamm der Vene noch eine, wenn auch stark verlangsamte und durch das Plättchenbalkenwerk eingeengte Zirkulation stattfand, erwies sich das Wurzelgebiet der Vena fossae Sylvii durch Thromben bereits vollständig verschlossen.

Es erübrigt nun noch der Veränderungen in der Hirnsubstanz selbst zu gedenken. Hiebei wollen wir uns ganz kurz fassen, da die in meinem Falle nachgewiesenen Veränderungen mit jenen übereinstimmen, die von verschiedenen Autoren, in letzter Zeit von Biber und von Askanazy genau beschrieben wurden. Wie bereits erwähnt, konnte an verschiedenen Stellen ein Übergreifen des meningealen Prozesses auf die Hirnrinde konstatiert werden. Es fanden sich dementsprechend zunächst entlang der Septen zwischen den kleinen Hirnwindungen tuberkulöse Infiltrate vor

innerhalb welcher wieder die bereits erwähnten periarteriitischen Prozesse im Vordergrund des histologischen Bildes standen. Allenthalben fanden sich die perivaskulären Lymphräume zellig infiltriert; die kleinen Rindenarterien, präkapillaren Arteriolen und Kapillaren zeigten alle Abstufungen des Entzündungsprozesses, von einfacher zelliger Infiltration bis zur schollig-hyalinen Umwandlung des Gefäßes mit nachfolgender Thrombose und Verschluß. Sehr zahlreich fanden sich auch, namentlich in den obersten Schichten der Rinde, die von M. B. Schmidt und Biber genauer studierten, auf Diapedese beruhenden Ring- und Kugelblutungen. Daneben waren aber auch größere unregelmäßig geformte, zum Teil in Form radiärer Streifen angeordnete Blutungen zu sehen, die gegen das Mark zu immer größer wurden und ohne scharfe Grenze in ausgedehnte, offenbar auf Stase zurückzuführende Extravasate übergingen. Auf die Veränderungen der nervösen Substanz und der Glia soll nicht näher eingegangen werden, da auch diese Veränderungen bereits von verschiedenen Seiten genau studiert wurden, und in meinem Falle, der leider nicht mehr ganz frisch zur Sektion kam, eben wegen bereits beginnender Fäulnis von einer näheren Untersuchung der durch das Ödem stark gequollenen und postmortal veränderten Nervensubstanz Abstand genommen werden mußte.

Endlich sei noch erwähnt, daß ich eine Tuberkelbazillenfärbung in den Gewebsschnitten versuchte, die aber negativ ausfiel. An dem tuberkulösen Charakter des meningo-encephalitischen Prozesses konnte aber mit Rücksicht auf den eindeutigen histologischen Befund nicht gezweifelt werden,

Wenn wir zum Schlusse das Ergebnis der makro- und mikroskopischen Untersuchung unseres Falles zusammenfassen, so handelt es sich um eine disseminierte meningo-encephalitische Tuberkulose im Bereiche des Verzweigungsgebietes der linken Arteria fossae Sylvii mit ausgedehnter Sperrung kleiner Arterien, in deren Verlauf es zur Thrombose des Stammes der linken Vena fossae Sylvii mit nachfolgender Blutung im Wurzelgebiet der letzteren kam. In der Tat entspricht auch die Lage, Ausdehnung und Begrenzung der Blutung im linken Stirnlappen dem Wurzelgebiete der thrombosierten Vene.

Da der Mann unbekannt blieb, so konnten leider keine näheren Nachforschungen über den Zeitpunkt des Beginnes der Erkrankung und die klinischen Erscheinungen gepflogen werden. Jedenfalls war der Mann schon einige Zeit krank. Die dem Tode unmittelbar vorangehenden schweren zerebralen Erscheinungen sind wohl auf die ziemlich akut einsetzende Blutung im linken Stirnlappen zurückzuführen.



Die Seltenheit so ausgedehnter Blutungen bei tuberkulöser Meningo-Encephalitis, der plötzliche Eintritt des Todes in unserem Falle, sowie der Umstand, daß es mir, wie ich glaube, in einwandfreier Weise gelang, die Quelle dieser Blutung durch den Nachweis der Thrombose in der linken Vena fossae Sylvii aufzudecken, rechtfertigen wohl die ausführliche Mitteilung des Falles.

Literatur.

Biber W.: Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1911, VI. S. 262.

Nonne: Festschrift von Erb. Deutsche Zeitschrift für Neurologie 1900, XVIII. S. 1.

Vanzetti: Archivio per le scienze mediche 1904, XXVIII.

Askanazy: Deutsches Archiv für klin. Medizin 1910, S. 333.

Marchand: Berliner klin. Wochenschrift 1894, Nr. 14, 62, und Krehl-Marchand: Handbuch Bd. II.

Browning, zitiert nach Merkel: Handbuch d. topographischen Anatomie, Bd. I.

Aschoff: Virchows Archiv, Bd. 130. S. 93.

M. B. Schmidt: Zieglers Beiträge VII, Suppl. Festschrift f. Arnold 1905.

* * *

Auf eine detaillierte Wiedergabe der umfangreichen Literatur über tuberkulöse Meningitis und die tuberkulösen Veränderungen an den Arterien und Venen des Gehirnes wurde an dieser Stelle verzichtet. In dieser Hinsicht sei auf die einschlägigen Lehr- und Handbücher der pathologischen Anatomie, sowie auf die Referate in Lubarsch-Ostertag verwiesen. Auch von einer näheren Schilderung der Bedingungen, unter denen Stauungsblutungen bei Verschluß von zahlreichen kleinen Arterien und Thrombose der zugehörigen Venen zustande kommen, nahm ich Abstand, zumal diese Verhältnisse von F. Marchand in dessen Handbuch Bd. II, S. 300, in ausgezeichneter Weise erläutert sind.



Aus einem k. u. k. Feldspital
(Kommandant: k. u. k. Stabsarzt Dr. R. v. Wimmer).

Über Psychosen und Neurosen im Kriege. (IV.)

Von

k. k. Regimentsarzt i. E. **Dr. Georg Stiefler,**
ehem. Assistent der Klinik C. Mayer-Innsbruck.

Psychogene Krankheitszustände.

Als psychogen pflegt man im allgemeinen jene Symptome, bzw. Symptomenkomplexe zu bezeichnen, die ihre Entstehung psychischen Einflüssen verdanken; der Begriff des Psychogenen wurde von verschiedenen Autoren verschieden weit aufgefaßt und so finden wir bei dem einen unter dem Namen der psychogenen Erkrankungen seelische und somatische Störungen, die nach der Ansicht anderer nicht in das Gebiet der Psychogenie gehören; ich verweise auf die Arbeiten von Sommer, Kraepelin, Bonhöffer, Birnbaum, Bleuler, Raecke. Daß der Krieg mit seinen großen seelischen Strapazen — sei es, daß es sich hiebei um den Kriegszustand als solchen und alle die daraus entspringenden Befürchtungen, Erwartungen, Begehrungen handelt, sei es, daß ein bestimmtes psychisches Trauma vorliegt — uns auf dem Gebiete der psychogenen Krankheitsformen reichliche Erfahrung gebracht hat, beweist am besten die heute schon kaum mehr übersehbare einschlägige Kriegsliteratur. Besondere Verdienste um die Klarstellung, bzw. Umgrenzung des klinischen Begriffes der psychogenen Krankheitszustände haben sich auf Grund ihrer Kriegserfahrungen Birnbaum und Liepmann erworben, ersterer auf vorwiegend psychiatrischem, letzterer auf neurologischem Gebiete.

Birnbaum faßt heute als psychogen alle durch psychische Einflüsse irgendwelcher Art hervorgerufenen funktionellen Störungen auf psychischem und somatischem Gebiete zusammen ohne Rücksicht



auf die sonstige Natur der psychotraumatischen Noxen; auch aus der erst kürzlich erschienenen Arbeit Birnbaums, die auf die klinischen Schwierigkeiten im Psychogeniegebiete hinweist, erkennen wir unschwer, daß Birnbaum den früher eingenommenen Standpunkt (Mitwirkung der persönlichen Eigenart als grundlegenden Komponente) zugunsten einer weiteren Fassung des Psychogeniebegriffes verschoben hat, so hinsichtlich der psychogenen Disposition entschieden toleranter geworden ist (Anerkennung einer erworbenen, episodischen, momentanen Disposition). Birnbaum definiert jetzt die psychogenen Krankheitsformen als „funktionelle Störungen, die — sei es unter Mitwirkung allgemein disponierender Hilfskräfte, sei es ohne solche — durch psychische (emotionelle) Einwirkungen zustande kommen, in ihrem klinischen Bilde im wesentlichen den aus den eigenartigen Wirkungen der ätiologischen emotionellen Noxen sich ergebenden Reaktionsformen (den „vorzugsweise psychogenen“) entsprechen und frei von allen andersartigen, auf einen anderen Wesenstyp hinweisenden klinischen Merkmalen sind“.[1])

In sehr klaren und überzeugenden Ausführungen hat Liepmann anläßlich des Meinungsaustausches über die traumatische Neurose zur Frage der psychogenen Begriffsbestimmung Stellung genommen und ausgeführt, daß der Begriff des Psychogenen in zwei Teilbegriffe zerlegt werden kann: Einerseits handelt es sich um die unmittelbar primäre Wirkung der Gemütserschütterung nach physiologisch-biologischen Gesetzen, also um den Einfluß des Affektes auf die quergestreifte und glatte Muskulatur, auf Sekretion und Exkretion, anderseits um die mittelbare sekundäre Entstehung von Symptomen nach psychologischen Gesetzen, also um die psychische Verarbeitung eines Erlebnisses auf dem Wege der Vorstellungen, auf Grundlage des Wissens um das erlittene Trauma und um seine möglichen Folgen samt allen hierin wurzelnden affektiven Momenten der Befürchtungen, Wünsche, Hoffnungen: Psychogen im engeren Sinne oder ideogen.

Wir haben in Annahme der weiteren Fassung des Psychogeniebegriffes (Kraepelin, Bleuler, Bonhöffer) und in Über-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Gebiet der psychogenen Krankheitsformen ist erst kürzlich von Birnbaum neuerlich in einer sehr lesenswerten Studie (Psychische Verarbeitung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge, Wiesbaden 1918) eingehend behandelt worden.



einstimmung mit den von Birnbaum, Liepmann gegebenen Definitionen unter die Gruppe der psychogenen Erkrankungen alle jene funktionellen Störungen auf psychischem und somatischem Gebiete eingereiht, die ihrer Entstehung nach auf psychische Einflüsse teils auf dem Wege des Affektes, teils auf dem Wege mehr oder weniger gefühlsbetonter Vorstellungen zurückgehen, wobei wir versucht haben, die einzelnen psychotischen wie nervösen Zustandsbilder nach gemeinsamen klinischen Merkmalen ohne Rücksicht auf eine bestimmte Art der psychischen Noxe und auf das Vorhandensein oder Fehlen einer persönlichen konstitutionellen Grundlage gruppenweise zusammenzuordnen.

Psychogene Geistesstörungen.

Die psychogenen Geistesstörungen umfassen nach der bisher vorliegenden Kriegsliteratur den weitaus kleineren Teil der psychogenen Krankheitsbilder, nach Schmidt betragen sie etwa 5%. Einschlägige Fälle waren namentlich in den ersten Kriegsmonaten recht spärlich, was aber sicherlich nicht auf ein etwa damals selteneres Vorkommen zurückzuführen ist, sondern, wenigstens zum Teil, darauf, daß manches hierher Gehörige unter anderer klinischer Diagnose ging (Erschöpfungspsychosen, manisch-depressives Irresein) und daß wir in den ersten Monaten an der Ost- wie Westfront einen Bewegungskrieg führten, bei welchem die äußeren Verhältnisse für eine eingehende psychiatrische Beobachtung und publizistische Tätigkeit wesentlich ungünstiger lagen als im später folgenden Stellungskriege; dazu kommt noch, was mehr minder für die gesamte Kriegszeit gilt, daß viele, namentlich die kurzdauernden psychogenen Geistesstörungen, wie dies Birnbaum auch hervorhob, die Heimatlazarette nicht erreichen. Die heute vorliegenden Erfahrungen von mehr als drei Kriegsjahren haben uns auch auf psychiatrischem Gebiete eine bereits reichliche Auslese gebracht, nicht zuletzt auf dem Gebiete der psychogenen Störungen, worunter wieder die psychischen Störungen nach Granatexplosionen an Zahl besonders hervorragen.

Bonhöffer betont das Auftreten hysterisch-deliranter Erscheinungen als Initialsymptome bei Granatexplosionsstörungen sowie auch das Vorkommen von Ganserschen Formen (Pseudodemenzzustände), die Seige im Felde nur selten sah. Bonhöffer schätzt die ätiologische Bedeutung der psychischen Noxen für die



kriegspsychotischen Störungen wie der Psychosen überhaupt sehr gering ein; als eigentliche Schreckpsychose erkennt er im wesentlichen nur den Bälzschen Emotionsstupor an. Wollenberg führt hysterische Schreckpsychosen mit dramatischer Reproduktion gewisser Schlachterlebnisse an, ferner Zustände von Atonität mit stark herabgesetzter Reaktion, wie man derartige Bilder nach Katastrophen beobachtet hat (Stierlin, Bälz). Wollenberg erwähnt ferner als Wirkung der Granatkommotion vorübergehende Zustände dämmerhafter Bewußtseinstrübung, sowie Fälle mit plötzlichem, raptusartigem, unzweckmäßigem Handeln. E. Meyer beobachtete Bewußtseinstrübungen mit Erregung oder Depression, Ganser- und andere Formen von Dämmerzuständen in den verschiedensten Variationen. Westphal beschreibt vier Fälle von Dämmerzustand, von denen drei hysterischer Natur waren, während es sich beim vierten wahrscheinlich um eine Art affektepileptischen Zustand handelte. Weygandt fand neben neurologischen Hysteriefällen auch zahlreiche psychiatrische, unter denen namentlich schwere Dämmerzustände im Felde ungemein störend wirkten. Singer sah wiederholt verschieden schwere Fälle von psychogener Erregung, Depression, stuporöser Atonität; Gaupp beschrieb als „Granatkontusionspsychosen“ verschiedene Formen, die stets mit Bewußtseinstrübung einhergingen, so akuten apathischen Stupor, Stuporformen mit ängstlicher Spannung, mit deliranten und Verwirrtheitszuständen, ferner pseudomanische Bilder mit theatralischem Affekt. Binswanger erwähnt unter den initialen Bewußtseinstrübungen psychotraumatischer Krankheitsbilder neben ohnmachtsartigen Zufällen hysterolethargische und hysterokataleptische Zustände, sowie protrahierte hysterosomnambule Attacken; einen somnambulen Zustand nach Granatexplosion schildert auch Higier als „Kriegshypnose nach Millian“. Horn charakterisiert die Schreckneurose als eine Psychoneurose mit Exaltation, eventueller Verwirrtheit und fixierten Angstaffekten auf psychischem, einer Disharmonisierung des vegetativen Systems auf somatischem Gebiete. Wittermann sah nach Beschießung durch Artillerie wiederholt kurzdauernde Geistesstörungen, hauptsächlich eine schwere Alteration des Affektlebens, sowie Zustandsbilder von akuter Manie, Stupor, Depression, halluzinatorischer Erregung. Moravcsik beobachtete nach Granat- und Schrapnellexplosionen, die ohne jede direkte somatische Beeinflussung für den Betroffenen einhergingen, vielgestaltige Varianten



von Emotionspsychosen (halluzinatorische Verwirrtheitszustände, Bilder, die an hysterische und epileptische Dämmerzustände erinnern). Unter den psychischen Störungen des Granatschocks sahen Redlich und Karplus hysterische Dämmerzustände, akuten apathischen Stupor, Bittorf Erregungs- und Verwirrtheitszustände, E. Meyer und Reichmann, Lewy-Suhl am häufigsten schwere Stuporzustände. Unter der Einwirkung des Trommelfeuers beobachteten Goldstein akute Verwirrtheitszustände ähnlich wie das Amoklaufen, Kreuser Zustände von Traumleben, die sich in den Wachzustand hinausziehen, sowie plötzliche Erregungszustände mit Angriffen auf die Umgebung, Herschmann ängstlich-depressive und expansive psychische Störungen. Schmidt beschreibt nach Minenverschüttungen und schwerkalibrigen Granatexplosionen als Folge mechanischer und psychischer Noxen auftretende Psychosen, die dem Korsakowschen Komplex und der Presbyophrenie ähnlich sind und die sich von den akuten Kommotionspsychosen durch die psychogen bedingte, ängstlich-depressive Verstimmung unterscheiden, ferner psychische Störungen nach Granatexplosionen mit dem Bilde ängstlicher Erregung oder Hemmung mit Störungen der Merkfähigkeit und einer kompletten Amnesie für die Zeit des Schockerlebnisses, die sich im wesentlichen nur durch die geringere Quantität von den ersteren unterscheiden lassen. Wetzel vermißte unter den frischen Schockpsychosen im Felde stets den Korsakowschen Symptomenkomplex, fand hingegen bei ihnen das Gansersche Syndrom vorhanden. Schmidt berichtet von psychogenen Stupor- und Ganserzuständen der Front, die prognostisch sehr verschieden zu bewerten sind. Von Interesse sind ferner kasuistische Mitteilungen über Dämmerzustände von Binswanger, Oppenheim, Alzheimer, Hübner, Mann, Jolly, Wiegand, Brückner, Michaelis, Henneberg, Sigg.[1])

Alzheimer, Hübner betonen die verhältnismäßige Häufigkeit psychogen-depressiver Zustände, die nicht selten eine reichliche Beimischung hysterischer Stigmata aufweisen; hierher gehören auch die Beobachtungen von Redlich, Sänger, Hübner, Donath über Angstzustände und Depressionen bei der Zivilbevölkerung (Flüchtlingen!) sowie einschlägige Fälle von Bonhöffer, Forster, Mohr, Steiner, Weber, Zange, sowie die Erfahrungen Schnei-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Kafka (Ref. N. C. B. Nr. 11, 1917), Singer (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. O. 36. Bd., H. 3/4.)



ders über psychische Depressionen nach Geschoßexplosionen, die Beobachtung Tintemanns über reaktive Depressionszustände namentlich bei älteren Männern im Kriegsdienst.

Sehr beachtenswert ist auch die Beobachtung Hübners über psychogen-paranoische Krankheitsbilder, die dadurch ausgezeichnet waren, daß der Kranke neurasthenisch-hysterische Züge bot und für das Krankhafte der Sinnestäuschungen eine mehr minder ausgeprägte Kritik bestand. Schließlich sei noch der Beobachtung Pappenheims über Psychosen bei Kriegsgefangenen gedacht, bei denen es unter dem Einfluß des Heimwehkomplexes, der Einförmigkeit des Gefangenenlebens, der Gebundenheit und strengen Disziplin zum Auftreten von Haftpsychosen (Wunscherfüllungspsychosen mit puerilistischen Zügen, Ganser-Dämmerzustände) kommen kann.[1])

Wir haben unsere Beobachtungen vom klinisch-symptomatologischen Standpunkte geordnet und können hierbei zwei Hauptgruppen unterscheiden, die psychogenen Depressions-, bzw. Angstzustände und die psychogenen Dämmerzustände. Der Umstand, daß die bisher vorliegenden Mitteilungen über psychogene Geistesstörungen im Kriege mit verhältnismäßig geringen Ausnahmen sich entweder nur auf mehr allgemein gehaltene, meistens kurze diagnostische Bemerkungen oder auf Wiedergabe vereinzelter, in unzulänglicher Kürze geschilderter Einzelbeobachtungen beschränken, ließ es uns angezeigt erscheinen, unsere eigene Kasuistik in reichlicherem Ausmaße, als es bei den übrigen Psychosen geschah, zu veröffentlichen.

a) Reaktive Depressions- und Angstzustände.

Die Auslösung von depressiven, bzw. depressiv-ängstlichen Verstimmungen durch Kriegserlebnisse konnten wir wiederholt beobachten; zum Teil handelte es sich dabei um Formen als Phasen eines manisch-depressiven Irreseins, zum Teil auch um Fälle, die wir bei Schilderung der psychisch-nervösen Erschöpfung besprochen haben. Während bei den ersteren dem konstitutionellen, endogenen

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Ich verweise hier noch auf die Arbeiten von Kleist (Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Ps., Ref. Bd. 15, H. 3), M. Löwy (M. f. Ps. u. N. 41. Bd.), P. Bunse (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. Orig. 40. Bd.), Hübner (A. f. Ps. 58. Bd.), Isserlin (Abhandl. a. d. Gesamtgebiete d prakt. Med. 16. Bd., 10. u. 11. H.), Runge (Ref. Berl. klin. Wochensohr. Nr. 28, 1917.)



Faktor die wesentliche Bedeutung und den äußeren Verhältnissen, der Schädigung durch den Krieg höchstens nur eine auslösende Rolle zufällt, kommen bei letzteren fast ausschließlich exogene Momente, u. zw. in erster Linie schwere somatische Schädlichkeiten, der körperliche Zusammenbruch in Betracht, während psychotraumatische Einwirkungen eine untergeordnete Rolle spielen, dem einzelnen Falle nur eine gewisse inhaltliche Färbung geben. In der Pathogenese der Dysthymien, die ich als reaktive von den beiden eben genannten Formen absondere, stehen obenan die enormen seelischen Anspannungen, wie sie der Krieg für die meisten Teilnehmer in so mannigfacher Weise mit sich bringt, vor allem schwere Gemütserschütterungen, sei es, daß es sich hierbei um die bloße Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen, die Trennung von Frau und Kindern und die Sorge um die Existenz und Zukunft handelt, sei es, daß bestimmte, gefühlsbetonte Kriegserlebnisse im engeren Sinne (Kampfepisoden) eine pathologische Affektwirkung hervorrufen.

Unsere Beobachtungen beziehen sich auf 18 Fälle, u. zw. sechs Offiziere und zwölf Mannschaften, hievon fünf im aktiven, sechs im Reserve- und sieben im Landsturmverhältnis; das Alter der einzelnen verteilte sich ziemlich gleichmäßig auf die einzelnen Lustren von 20 bis 45 Jahren. In sämtlichen Fällen mit Ausnahme eines Kranken (Hundebiß bei Kriegsbeginn) konnte anamnestisch die Teilnahme an Gefechten, bzw. an der Belagerung erhoben werden; die Erregung und Affektspannung eines Gefechtes kam als akute Schädigung nur in zehn Fällen in Betracht, hiervon viermal als Folge schwerer Artilleriebeschießung (in der Nähe explodierende Granaten und Schrapnells, eine mit mechanischen Insulten verbundene Granatexplosion hatte in keinem Falle stattgefunden); in den übrigen Fällen konnte dem Kampfmomente nur eine vorbereitende, bzw. unterstützende Wirkung zuerkannt werden. Hier führte vielmehr der Umstand, daß die Kranken seit Monaten ohne jede Nachricht von daheim waren, die Trennung von Frau und Kindern, in zwei Fällen die Nachricht vom plötzlichen Tode der Frau, bzw. des Sohnes zum akuten Einsetzen schwerer Verstimmungszustände; bei diesen sieben Fällen handelt es sich fast ausschließlich um bereits ältere Reserve- und Landsturmmänner. Die Erforschung der Anamnese in den einzelnen Fällen ergab die recht bemerkenswerte Tatsache, daß bei sämtlichen Kranken eine nervöse Disposition zu finden war, meistens leichtere somatisch-neurasthenische Erschei-

nungen, an denen die Kranken bereits vor dem Kriege gelitten hatten, in einigen Fällen eine ausgesprochen neuro-, bzw. psychopathische Konstitution; in vier Fällen fand sich eine erbliche Belastung (Geistesstörung bei Eltern und Geschwistern). Keiner der Kranken gab aber an, früher an ähnlichen psychischen Zuständen gelitten zu haben; nur ein Kranker hatte vor 14 Jahren infolge Schreck (plötzlicher Todesfall in der Familie) einen mehrwöchigen schweren Depressionszustand durchgemacht.

Bei Betrachtung des klinischen Bildes der einzelnen Fälle können wir entsprechend dem verschiedenen Charakter der exogenen Ursachen — auf der einen Seite die Sorge um die Familie und Existenz, auf der anderen die Schrecken des Kampfes — zwei voneinander differente Formen unterscheiden, die in einzelnen Fällen, wo eine Vermengung beider ätiologischer Faktoren vorliegt, in Übereinstimmung damit auch eine Kombination der klinischen Erscheinungen der beiden Formen aufweisen. So handelt es sich dem klinischen Bilde nach in den Fällen, wo als ursächliches Motiv die Entfernung aus der gewohnten Umgebung, die Sehnsucht nach Hause, die Ungewißheit über das Schicksal der Familie, sowie plötzlich eintretende Unglücksfälle in Frage kamen, um rein depressive Verstimmungen, um eine traurige Gemütslage mit gelegentlichen Verzweiflungsausbrüchen bei Fehlen von Kleinheitswahnideen, Selbstanklagen, Sinnestäuschungen. Die Kranken boten ein mehr apathisches, resigniertes Verhalten dar, waren kleinmütig, verzagt, hatten kein Vertrauen in die Zukunft mehr; sie verfolgten wohl den Gang der Kriegsereignisse, sahen aber alles stets in düsterster Färbung, bezweifelten jeden militärischen Erfolg und brachen bei einer ungünstigen Kriegssituation vollends zusammen. Auf körperlichem Gebiete bestanden vorwiegend neurasthenische Erscheinungen, so allerlei Schmerzsensationen (namentlich Kopf-, Brust- und Kreuzschmerzen), Schwindelgefühl, Ermüdbarkeit, Herzbeschwerden; objektiv fanden sich stets Lidzittern, Erhöhung der Sehnenreflexe, sowie vasomotorische Symptome. Nur ein Fall bot somatisch ein mehr hysterisches Gepräge mit grobwelligem Fingerzittern, Globusgefühl, hyperästhetischer Zone am Rücken.

Die Prognose dieser Fälle hängt, wie ja schon die inhaltliche Beziehung der Vorstellungen zum auslösenden Geschehnis erwarten läßt, im wesentlichen von den äußeren Verhältnissen ab. Drei Fälle wiesen einen mehrwöchigen, bzw. mehrmonatigen Verlauf auf; sie



besserten sich zwar etwas während des Aufenthaltes an der Abteilung, es kam aber, solange die Belagerung dauerte, in keinem der Fälle zur vollkommenen Heilung. In drei weiteren Fällen trat nach dem Fall der Festung eine wesentliche Besserung ein, durch den Wegfall der für die Kranken lebensbedrohlichen Kriegssituation und weil auch die Kranken hoffen konnten, in der Gefangenschaft regelmäßige Nachricht von zu Hause wieder zu erhalten. In einem Falle, bei einem 50 jährigen Offizier, der nach einem verlustreichen Gefechte, in welchem er neben anderen Unglücksmeldungen die Nachricht vom Tode seines Sohnes erhielt, in einen schweren Depressionszustand verfiel, brachte die spätere Meldung, daß sein Sohn am Leben sei, sowie die vorübergehende Beurlaubung vom Kriegsdienste vollkommene Heilung. Das Schicksal zweier weiteren Fälle blieb uns unbekannt.

Fall 1. Der 37 jährige Landsturm-Infanterist T. A., Schneider, wurde am 13./12. 1914 wegen „Trübsinns“ der Abteilung überstellt; laut Kompagniebericht sei T. durch ein übermäßig stilles, gedrücktes Wesen aufgefallen. T. bringt bei der Untersuchung eine Reihe körperlicher Beschwerden vor, klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, Druck auf der Brust, Herzklopfen, Müdigkeit in den Beinen; objektiv findet sich stark ergrautes Haar, Lidzittern, Erhöhung der K. S. R., Dermographie, starke Durchfeuchtung der Haut. P. leidet seit Jugend an Kopfschmerzen, sowie zeitweise an Schwindel und Herzklopfen. Bei Kriegsbeginn fühlte er sich eigentlich recht gesund; es sei ihm damals in der allgemeinen Begeisterung auch der Abschied von seiner Familie nicht besonders schwer gefallen. Nun dauerte aber der Krieg schon so viele Monate und er habe keine Nachricht von zu Hause erhalten. Er habe keine Lust zur Arbeit, sitze untätig herum; müsse immer an die Seinen denken, ob sie wohl zu leben haben und ob er sie überhaupt noch sehen werde. Er verkehrte mit den übrigen Kranken nur wenig, die Nahrungsaufnahme war eine hinreichende. Wahnideen und Sinnestäuschungen fehlten. Ende Jänner Versetzung an die offene Abteilung; er beteiligte sich nur wenig an der Arbeit. Während der Beschießung des Spitals deutliche Verschlimmerung erkennbar; mit dem Fall der Festung sichtliche Besserung: „nun ist ja doch der Krieg bald zu Ende.“ Mitte April Abgang in Gefangenschaft, weiterer Verlauf blieb uns unbekannt.

In der zweiten Gruppe der Fälle, bei denen psychotraumatische Ursachen, in erster Linie Furcht und Schrecken erregende Erlebnisse in Betracht kamen, zeigte das klinische Bild neben der depressiven Verstimmung den Charakter eines Angstzustandes, dessen Beginn meistens durch mehr minder hochgradige ängstliche Erregung eingeleitet wurde, die auch im späteren Verlaufe der Erkrankung wiederholt episodisch rezidivierte. In zwei Fällen traten melancho-



lische Anklänge mit paranoiden Eigenbeziehungen stärker hervor, ohne daß es aber zum Auftreten von ausgesprochenen Wahnideen und Sinnestäuschungen kam; in einem Falle bestanden Sinnestäuschungen, doch nur als flüchtige Erscheinung. Im Vordergrunde stand in allen diesen Fällen eine depressiv-ängstliche Verstimmung mit lebhafter Färbung durch den Kriegskomplex; auf motorischem Gebiete war eine leichte Hemmung unverkennbar. Somatische Begleitsymptome neurasthenischen Charakters waren in sämtlichen Fällen vorhanden, in fünf hievon mit hysterischen Zügen (Tremor, Topalgien, sensible und sensorische Störungen) vermischt. Eine irgendwie wesentliche Unterscheidung im klinischen Bilde der Fälle, die nach Explosion in der Nähe krepierender Granaten und Schrapnells entstanden und jenen, bei welchen lediglich Furcht- und Angstaffekte des Gefechtes, bzw. der Belagerung wirksam waren, konnten wir, soweit die kleine Anzahl unserer Beobachtungen eine Beurteilung zuläßt, nicht feststellen; wohl aber sahen wir bei ersteren die stärkere Intensität des Affekterlebnisses zu einer rascheren Entwicklung des Zustandsbildes führen.

Der Verlauf der Fälle zeigte durchschnittlich einen akuten Beginn und eine mehr allmähliche Lösung und war namentlich in den Fällen, die nach einem akuten psychischen Ausgangserlebnis entstanden waren, von wesentlich kürzerer Dauer als bei den rein depressiven Formen, sie betrug in drei Fällen drei bis vier, in zwei anderen nur eine, bzw. zwei Wochen; nur in zwei Fällen mit schwerer neuropathischer Konstitution erstreckte sich der Verlauf unter wiederholten Schwankungen auf mehrere Monate und war in einem weiteren Falle, wo neben der Schreckemotion lebhafte Begehrungsvorstellungen (Sehnsucht nach Hause) bestanden, von fast halbjähriger Dauer. Die somatischen Erscheinungen traten bei der Untersuchung stets hervor und überdauerten weitaus die psychischen. Die Prognose war in sämtlichen Fällen eine günstige, sie wird wesentlich beeinflußt durch äußere Verhältnisse; liegen diese für den Kranken günstig (z. B. Fernhaltung von weiteren Kriegsschädigungen), so wird der Ablauf der Erkrankung wesentlich beschleunigt, während neuerliche Kriegsepisoden denselben verzögern, die Wiederkehr wenn auch abgeschwächter Krankheitssymptome hervorrufen, wie wir dies deutlich bei der Beschießung des Spitals beobachten konnten. Während wir bei den rein depressiven Formen im Durchschnitte ältere Jahrgänge vor uns hatten, kamen hier vorwiegend jüngere Leute in Betracht



so waren mit Ausnahme von zwei Landstürmern mit 40, bzw. 42 Jahren die Kranken aktive und Reservemannschaften im Alter von 23 bis 30 Jahren.

Fall 2. Leutnant R. W., 28 Jahre, aufgenommen 15./2. 1915. Der Kompaniebericht lautete: W., bisher geistig normal, ist am 14./2. nach mehrtägiger heftiger Beschießung des Werkes Va, wo er in Stellung lag, plötzlich vom Verstande gekommen; er scheint an Verfolgungswahn und Schwermut zu leiden, denn er äußerte, „daß man ihn vor Gericht holen und verhaften werde, daher er sich lieber das Leben nehmen wolle.“ P. geberdete sich bei der Aufnahme ganz verzweifelt, bricht händeringend in Schluchzen aus: „Ich bin nun fertig mit meinen Nerven, alles ist aus.“ Er läßt sich aber bald beruhigen, folgt dem Zuspruche des Arztes; er gibt an, daß er eine fürchterliche Angst habe, vor das Kriegsgericht zu kommen. Er habe bei dem Ausfalle am 14./12. den Befehl erhalten, mit einer Halbkompagnie einen Scheinangriff auszuführen, der ihm auch geglückt sei, nur sei es ihm infolge der heftigen Gegenangriffe der Russen nicht gelungen, alle Verwundeten und Toten sowie das Gefechtsmaterial zurückzubringen, wie es im Befehle eigens gelautet habe. Er sei schon seit Beginn der zweiten Belagerung in beständiger seelischer Aufregung, habe sich aber beherrscht und seinen Dienst anstandslos versehen. Seit 11./2. werde das Werk Va von den Russen heftig beschossen und als vorgestern einige Volltreffer aufs Werk fielen, habe er den Kopf vollkommen verloren; jedenfalls werde man ihn wegen der Dezemberaffäre bestrafen. Er habe deshalb keine Freude mehr am Leben und wünsche sich den Tod. Heftige Weinkrämpfe. Er sei vor vier Jahren wegen Neurasthenie in einem Sanatorium mit Erfolg behandelt worden, habe von Jugend an mit den Nerven zu tun, leide namentlich an Kopfschmerzen, leichter Erregbarkeit, Herzklopfen, Schlaflosigkeit. Somatisch finden sich zahlreiche Schmerzdruckpunkte, verminderte grobe Kraft an Armen und Beinen, Lidzittern, grobwelliger Tremor des ganzen Körpers in sehr wechselnder Intensität, erhöhte Sehnenreflexe, frequenter, labiler Puls. Am 16./2. erzählte P., daß vergangene Nacht die besten Freunde seiner Frau in Trauerkleidung plötzlich vor seinem Bette gestanden und ihn „eigenartig traurig“ angeblickt hätten; wahrscheinlich sei zu Hause ein Unglück passiert, vielleicht seien ihm Frau und Kinder diese Nacht gestorben (neuerliche Weinkrämpfe). Die ängstliche Erregung läuft nach mehreren Tagen ab, auch die depressive Stimmung bessert sich später allmählich. Am 21./2. besteht bereits vollkommene Krankheitseinsicht; auf somatischem Gebiete sind die Topalgien und der grobe Tremor verschwunden, leichtere neurasthenische Symptome bestehen noch fort. Während der Beschießung des Spitales, die P. an der offenen Abteilung mitmachte, neuerliche ängstliche Erregungszustände, die mit Beendigung der Kampfhandlungen (Fall der Festung) rasch verschwinden. Am 29./3. Abgang in die Gefangenschaft.

Fall 3. Landsturm-Infanterist N. D., 27 Jahre, wurde am 25./1. zur Konstatierung seines Geisteszustandes der Abteilung überstellt; er

falle seit einigen Tagen dadurch auf, daß er unzusammenhängende Worte vor sich hinspreche, wiederholt ohne Anlaß seine Unschuld beteuere und versichere, daß er nichts Schlechtes angestellt habe.

Dann sprach er wieder die Befürchtung aus, daß die Russen kommen und ihn erschlagen oder erschießen werden. Es wurden an ihm früher niemals irgendwelche Anzeichen einer geistigen Erkrankung beobachtet. Er bot bei der Aufnahme das Bild eines ängstlich depressiven Stupors; er fürchte sich, weil die Russen heute Nacht in die Festung einbrechen und ihn umbringen werden. Das Schießen hört man immer deutlicher, wahrscheinlich seien sie schon innerhalb des äußeren Gürtels; er müsse traurig sein, wenn er das fürchterliche Elend in der Festung sehe. Bei jedem Schuß zuckt er zusammen und fragt ängstlich: „Kommen sie schon... kommen sie schon?" Nachts steht er wiederholt auf, drückt sich ängstlich in eine Ecke, bricht in heftiges Weinen aus: „Es ist ja alles so fürchterlich traurig." Er klagt über stechende Schmerzen in den Ohren, auf der Brust, in den Beinen bei objektiv negativem Befunde. Allmählicher Rückgang der psychischen und später auch der somatischen Erscheinungen, am 8./2. bereits vollkommene Krankheitseinsicht. Die schweren Verluste, die seine Kompagnie bei dem letzten Ausfalle Mitte Jänner hatte, das andauernde Schießen nachts auf den Werken hätten ihn so traurig und ängstlich gemacht. Er habe früher nie einen ähnlichen Zustand durchgemacht; er sei wie seine Mutter und Schwester von Jugend an „nervenschwach".

Fall 4. Der 40jährige Landsturm-Infanterist F. S. stürzte am 19./3. infolge eines in seiner Nähe explodierenden Schrapnells zu Boden („infolge tödlichen Schreckens") und wurde wenige Tage später wegen Kreuzbeinschmerzen, die nach dem Sturze aufgetreten waren, der internen Abteilung des Garnisonsspitales (Ob.-A. Dr. J. Scheuer) zur Behandlung überwiesen; P. S. zeigt seit der Explosion ein auffallend ängstliches, furchtsames Wesen. Am Tage vor der Übergabe der Festung (am 21./3.) herrschte infolge des Ausschießens der noch vorhandenen Artilleriemunition und infolge der Abwehr eines Sturmangriffes der Russen auf dem Nordgürtel lebhafter Geschützdonner; dazu kam am 22./3. früh die besonders lauten Knalleffekte durch die Sprengung der Werke, Pulvermagazine und Brücken. Am 22./3. früh — unmittelbar nach Explosion des dem Spitale gegenüberliegenden Pulvermagazines — brach bei P. ein schwerer Angstzustand aus; er stürzte nach Angabe der Mitkranken bewußtlos zusammen und blieb einige Minuten regungslos am Boden liegen. Bei der Aufnahme an unserer Abteilung (etwa eine halbe Stunde später) ausgesprochen traurig-ängstlicher Gesichtsausdruck; er hält die Hände zum Gebet gefaltet, geht händeringend auf den Arzt zu und fragt, ob er nicht erschossen werde. Er klammert sich ängstlich an Arzt und Wärter an, ist nur schwer zu beruhigen. Das fast zwei Tage andauernde Gewehrknallen der ausbrennenden Patronenmagazine im benachbarten gesprengten Munitionsdepot hält ihn in andauernder Angst: „nun kommen die Russen und bringen mich um." Auch einige Tage später, als bereits jeder Waffen-

lärm verklungen war, hörte er noch Artillerie- und Maschinengewehrfeuer verkriecht sich im Bette; die ängstlich betonte Affektlage löste sich allmählich und war am 27./3. vollkommen verschwunden, während eine depressive Verstimmung, die P. mit lebhaften Heimwehgefühlen motiviert, noch bestehen blieb. Er habe eine Frau und acht Kinder zu Hause, denen es wohl schlecht gehen werde; er sei untröstlich, weil er seit Oktober keine Nachricht von ihnen habe. Im Laufe der nächsten Woche besserte sich der Depressionszustand etwas. P. beteiligte sich aber an keiner Arbeit, saß müßig herum. Erst nach Befreiung der Festung (3./6.) wurde er unerwartet rasch psychisch vollkommen frei. Die Genesung hielt an; nach mehrwöchigem Urlaube rückte P. zu einem Etappenbataillon ein, wo er anstandslos seinen Dienst versieht (Katamnese vom 16./5. 1916 und 15./4. 1917). Die Anamnese ergab, daß seine Mutter vorübergehend geisteskrank war (Involutionsmelancholie); er selbst sei früher immer gesund gewesen.

Fall 5. Bei einem 28jährigen Verpflegsakzessisten, der Züge einer depressiv-timiden psychopathischen Veranlagung aufweist, entwickelte sich in unmittelbarem Anschluß an den psychischen Insult infolge Explosion einer ins Verpflegsmagazin einschlagenden Granate ein akuter Angstzustand mit melancholischer Färbung..... „Es ist Todesangst, furchtbare Angst, die bringe ich nicht mehr los..... ich habe Unglaubliches getan, ich habe die Leute unnötig alarmiert, ich war nicht auf meinem Posten, man wird mich auch hier hinauswerfen.... ich gehöre in kein Spital.... alle Medikamente sind umsonst. Mir bleibt nur der Revolver, alle Kameraden sind schon ausgezeichnet, ich verdiene auch nichts, jetzt soll ich wieder den Arzt belästigen..... namenlose Angst, ich erschieße mich." P. bringt die Äußerungen stoßweise heraus, brütet vor sich hin, ist in den ersten Tagen einem Zuspruche nur wenig zugänglich. Körperlich besteht subjektiv-ängstliche Beklemmung auf der Brust, objektiv Tachykardie, Hyperidrosis, erhöhte Sehnenreflexe. Der Angstparoxysmus klang nach mehreren Tagen ab, während die depressive Gemütsverstimmung über vier Monate anhielt. P. war auch später psychisch noch recht labil, neigte zu temporären Depressionen, die regelmäßig mit ungünstig äußeren Verhältnissen (Fall der Festung, Episoden der dritten Belagerung) in Beziehung zu bringen waren. Die Befreiung Przemysls (3./6.) bewirkte vollkommene psychische Genesung; laut Katamnese (25./3. 1917) ist bei P. kein Rezidiv mehr aufgetreten, er versieht Kriegsdienst im Hinterlande.

Daß es sich in unsern Fällen um psychogene Zustandsbilder handelt, geht aus dem Angeführten hinlänglich sicher hervor: Psychogen ist zunächst die Entstehung, entweder rein psychotraumatisch in unmittelbarem Anschluß an ein bestimmtes schweres Affekterlebnis oder auf dem Wege gefühlsbetonter Befürchtungsvorstellungen, geheimer oder aktueller Wünsche, wie dies insbesondere bei der ersteren Gruppe, den Nostalgien, zutrifft, wo neben der affektiven

Anspannung durch die Kriegsereignisse (thymogene Auslösung) auch ideagenen Momenten sicherlich eine größere Rolle zukommt. Psychogen charakterisiert ist auch der weitere Verlauf der Fälle, so namentlich die Abhängigkeit und Beeinflußbarkeit durch äußere Verhältnisse, die stets beobachtete Färbung des klinischen Bildes durch die Kriegsereignisse, bzw. durch das affektbetonte Ausgangserlebnis, der neurasthenische, bzw. hysterische Charakter der somatischen Begleiterscheinungen. Auf die Unterscheidung von dem Bilde der nervösen Erschöpfung, der neurasthenischen Depression (Wollenberg) wurde bereits eingangs dieses Abschnittes hingewiesen; maßgebend hiefür ist, abgesehen von den anamnestisch erhobenen physischen Überleistungen, der Befund an körperlicher und seelischer Erschöpfung, die namentlich in dem ausgesprochen apathischen, interesselosen Verhalten der Kranken zum Ausdruck kommt, der durch äußere psychische Verhältnisse wenig oder gar nicht beeinflußt wird, während körperliche Erholung und Kräftigung (Ruhe, Schlaf, Ernährung) günstig einwirkt. Daß es auch bei Erschöpfungszuständen — siehe dort — häufig zur Mischung mehr somatisch bedingter mit seelisch vermittelten Krankheitszügen kommt, ist ohneweiters verständlich und es ist ihr Zustandekommen dann dem gleichzeitigen Einfluß psychogen wirksamer Faktoren zuzuschreiben.

b) Psychogene Dämmerzustände.

Während bei den geschilderten psychogenen Angst- und Depressionszuständen die psychischen Vorgänge im Affekt- und Vorstellungsleben auf ein klares Bewußtsein hinweisen, finden wir in einer zweiten, an Zahl der Fälle reicheren Gruppe recht verschiedenartige und polymorphe Zustandsbilder, die aber hinsichtlich mehrerer gemeinsamer Hauptmerkmale, vor allem der stets vorhandenen, verschieden stark ausgeprägten Bewußtseinstrübung, des transitorischen Charakters (plötzliches Entstehen, begrenzte, meist kurze Dauer, häufig kritischer oder doch subkritischer Abfall) der regelmäßig gefundenen teils unvollständigen, teils lückenlosen Amnesie klinisch als Dämmerzustände zu bewerten sind. Sie stellen im Kriege, wie uns die Literatur lehrt, keineswegs eine seltene Erkrankung dar, wenn auch über die Häufigkeit ihres Vorkommens recht verschiedene Angaben vorliegen, wobei allerdings in Betracht zu ziehen ist, daß der klinische Bereich der Dämmerzustände nach den Anschauungen der verschiedenen Autoren auch in recht verschiedenen,



vielleicht häufig zu engen Grenzen gehalten wird; so finden wir wiederholt, meistenteils unberechtigterweise, Episoden von Erregungs- und Verwirrtheitszuständen eine Sonderstellung zugewiesen, auch wenn sie in ihren wesentlichen Zügen der geschilderten Charakteristik der Dämmerzustände entsprechen, wie sie uns bei Beurteilung der Zugehörigkeit unserer eigenen Fälle maßgebend war.

Von 26 hierher gehörigen Beobachtungen betrafen sämtliche mit Ausnahme eines Falles Mannschaftspersonen (einschließlich zweier russischer Soldaten), von denen fünf im aktiven, dreizehn im Reserve- und acht im Landsturmverhältnis standen. Die Art der Vertretung der einzelnen Altersstufen spricht eindeutig für die Bevorzugung der jüngeren Jahrgänge; es standen im Alter von 23 bis 30 Jahren 17, in dem von 31 bis 40 Jahren 9. Mit Ausnahme von drei Fällen, die während der Mobilmachung erkrankt waren, hatten sämtliche Kranke bereits verschiedene schwere Kriegsstrapazen (Gefechte, Märsche) mitgemacht; hinsichtlich der Frage einer bestimmten, dem Ausbruch der Erkrankung unmittelbar vorausgegangenen akuten Kriegsschädigung handelte es sich nur in vier Fällen um in nächster Nähe erfolgte Explosionen von Artilleriegeschossen (einmal Granate, dreimal Schrapnell), wobei in zwei Fällen eine kurzdauernde Bewußtlosigkeit bestanden haben soll, während es in den zwei anderen zu belanglosen Weichteilverletzungen durch Schrapnellfüllkugeln (Streifschuß) kam. Fünfzehnmal waren die gemütserregenden Ereignisse des Gefechtes selbst das ursächliche Moment, worunter es sich in neun Fällen um die seelische Einwirkung schwerer Beschießung durch Artillerie, in drei Fällen um die Folgen einzelner besonders lebhafter Schreckszenen (Handgemenge, Feuersbrunst) handelte. Viermal entwickelte sich die psychische Störung scheinbar ohne erkennbaren äußeren Anlaß, doch gehörten alle diese Kranken der Kampftruppe an und zwei von ihnen waren wegen Wunden, die sie vor Monaten erhalten hatten, in spitalärztlicher Behandlung. Die körperlichen Strapazen (Erschöpfung), soweit sie in einem Teil der Fälle in Betracht kamen, traten gegenüber den seelischen ganz entschieden in den Hintergrund, wenn sie auch in diesen Fällen die Wirkung des psychischen Traumes sicher gefördert haben mögen. Es handelt sich also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um affektbetonte Erlebnisse von besonderer Stärke (Granat- und Schrapnellexplosionen, Ausharren im Granatfeuer, aufregende Gefechtsszenen im Nahkampf usw.),





deren Einwirkung durch bereits vorausgegangene seelische und zum Teil auch körperliche Kriegsstrapazen gefördert wurde; in der kleineren Gruppe der Fälle reichten schon allgemeine Kriegsschädigungen, überstandene Gefechte, Märsche, wie auch bei einigen wenigen Kranken die psychischen Alterationen der Mobilmachungsperiode hin, derartige transitorische Zustandsbilder hervorzurufen.

Die Nachforschung nach den endogenen Verhältnissen unserer Fälle konnte, wie bereits öfter erwähnt, keine vollkommene sein; wir waren meistens auf die Angaben der Kranken und das Ergebnis der körperlichen Untersuchung angewiesen. Immerhin kam uns bei diesen Geistesstörungen der Umstand zugute, daß es sich um vorübergehende Zustände handelte, nach deren Ablauf die Kranken psychisch vollkommen klar waren; da es sich auch in der Mehrzahl dieser Fälle um gute Durchschnittsintelligenz handelte, konnten wir gerade bezüglich der persönlichen nervösen Konstitution verläßlich erscheinende Angaben erhalten. Geistesstörungen, bzw. Nervosität in der Aszendenz und bei Geschwistern wurden in vier, bzw. zwei Fällen berichtet, fehlten in 16 Fällen; in vier Fällen war keine Auskunft zu erhalten. Bezüglich der nervösen Disposition handelte es sich bei sechs Kranken um eine neurasthenische, bei drei um eine hysteropathische Konstitution; von letzteren war ein Fall 1913 wegen hysterischer Psychose nach erlittenem Unfall (Dämmerzustand infolge Schreck) in der Irrenanstalt K. gewesen. Es war dies der einzige Kranke, der früher eine psychische Störung mitgemacht hatte; in zwei weiteren Fällen bestand ein leichter Grad von Debilität. Bei drei Kranken, die vor ihrer Heilung abgeschoben werden mußten, konnten wir über den früheren Gesundheitszustand nichts in Erfahrung bringen; in fast der Hälfte der Fälle (zwölf Fälle) fanden sich keinerlei Anzeichen einer nervösen Disposition und hatten die Kranken über keinerlei nervöse Erscheinungen früher zu klagen.

Das klinische Bild unserer Beobachtungen ist ein sehr reichhaltiges, mannigfaltiges und auch wechselgestaltiges; immerhin lassen sich, wenn wir einzelne hervorstechende, führende Symptome berücksichtigen, einige mehr einheitliche Typen herausgreifen. Eine Gruppe von sieben Fällen möchte ich als halluzinatorische angstgefärbte Erregungs- und Verwirrtheitszustände bezeichnen: Im Vordergrunde der klinischen Erscheinungen steht eine verschieden hochgradige ängstliche Affektlage mit meist leb-



hafter motorischer Unruhe, die sich in zwei Fällen vorübergehend zu tobsuchtartiger Erregung steigerte; die motorische Unruhe hält aber in der Regel nicht lange an und wird von einem Zustand ängstlicher Hemmung abgelöst. Sinnestäuschungen auf optischem und akustischem Gebiete sind in allen Fällen vorhanden, jedoch mehr vereinzelt, keineswegs massenhaft, und beziehen sich inhaltlich ebenso wie die Angst- und Befürchtungsvorstellungen auf das auslösende Ereignis. Der Zusammenhang der Vorstellungen ist ein mehr lockerer, in einzelnen Fällen bestand episodisch ausgesprochene Inkohärenz. Klagen über somatisch-nervöse Sensationen fehlten vollkommen, nur in einem Falle (B. 8), wo von Haus aus ein vasomotorischer Symptomenkomplex vorlag, bestanden nach Abheilung der psychotischen Erscheinungen längere Zeit hindurch stärkere subjektive Beschwerden mit hysterischem Einschlag, begleitet von grobwelligem Tremor, Schmerzpunkten, hyperästhetischen Zonen; ferner fanden sich in drei Fällen erhöhte und labile Pulsfrequenz, Dermographie, gesteigerte Sehnenreflexe. Die Ausgangserlebnisse waren in einem Falle eine Schrapnellexplosion (ohne Bewußtseinsverlust; die Erkrankung setzte erst zwei Tage später ein), in vier Fällen Beschießung durch feindliche Artillerie, in zwei Fällen Nahkampfepisoden. Die Entstehung der Psychosen war stets eine akute und erfolgte mit Ausnahme des bereits erwähnten Falles in unmittelbarem Anschluß an die affektiv wirksamen Erlebnisse. Die Dauer erstreckte sich in zwei Fällen auf nur mehrere Stunden, in vier Fällen auf ein bis drei Tage, in einem Falle (mit nervöser Disposition) auf sechs Tage; bei letzterem war auch der Ablauf ein mehr allmählicher, mit Schwankungen in der Intensität der Symptome, wie auch eine gewisse Beeinflussung durch die äußere Situation zu erkennen, während die anderen Fälle mehr kritisch endeten und durch äußere Vorgänge nur wenig berührt wurden. Amnesie war in sämtlichen Fällen nachweisbar, teils vollkommen, teils von verschieden großen Erinnerungsinseln durchbrochen. Der Inhalt der Psychose entsprach stets der jeweiligen Kriegssituation und war in einzelnen Fällen durch dramatische Wiedergabe der Schlachtenerlebnisse sehr schön charakterisiert.

Fall 6. B. P., 36 Jahre, Fahrkanonier, erlitt am 23./10. 1914 infolge eines in seiner Nähe explodierenden Schrapnells eine oberflächliche Weichteilwunde an rechter Achsel, mit der er ins mobile Reservespital 1/3 gebracht wurde; er machte dort auf seine Umgebung einen

sehr verschüchterten, ängstlichen Eindruck, war aber sonst psychisch frei. Am 25./10. früh sprang P. plötzlich aus dem Bette, verkroch sich unter dasselbe, rief fortwährend „schießen ... schießen ...", lief dann in fürchterlicher Angst im Zimmer von einer Ecke in die andere, drängte hinaus, zertrümmerte ein Fenster und wurde als „Tobsüchtiger" mit Stricken gefesselt abends der Abteilung überstellt. Bei der Aufnahme verhält er sich mehr depressiv, blickt ängstlich umher, verkennt die Umgebung, glaubt sich in seinem Unterstand zu befinden, halluziniert Lichtblitz und Knall explodierender Schrapnelle, Rauchfahnen einschlagender Granaten, hält sich mit den Händen die Ohren zu, verkriecht sich unter die Bettdecke. Nachts verhält er sich ruhig. Am 26./10. neuerliche Unruhe, P. will sich den Verband herabreißen, sieht ängstlich zum Fenster hinaus, verharrt dann stuporös in derselben Haltung, ist sehr wenig zugänglich; sprachliche Äußerungen fehlen fast vollkommen. Gegen Nachmittag tritt der Angstaffekt wesentlich zurück. Am 27./10. wird P. bei der Morgenvisite schlafend angetroffen; er fragt verwundert, weshalb man ihn ins Spital gebracht habe. Erinnerung an die letzten zwei Tage fehlt vollkommen; er wisse noch, daß er wegen der Verwundung ins Reservespital 1/3 gekommen und daß er infolge der Schrapnellexplosion, die glücklicherweise etwas zu hoch über ihm erfolgte, sehr erschrocken sei. Keine nervöse Disposition. P. stand seit Beginn des Krieges im Felde, machte im Oktober an der Magiera schwere Gefechte mit. Körperliche Erscheinungen fehlen. Am 30./10. ins Hinterland abgeschoben.

Fall 7. Leutnant J. St., 30 Jahre alt, als sehr tapferer Offizier bekannt, machte seit Kriegsbeginn wiederholt schwere Kämpfe mit, besonders in den letzten Wochen, wodurch sich bei ihm neurasthenische Erscheinungen (Schreckhaftigkeit, Gereiztheit, Schlaflosigkeit, Ermüdbarkeit) einstellten. Am 18./12. 1914 drangen die Russen mit Übermacht in seine Batteriestellung ein, es kam zu einem schweren, blutigen Handgemenge, wobei St. selbst mehrere Russen niederstach. Nach Beendigung des Kampfes war St. laut Aussage von Kameraden sehr aufgeregt, lief ängstlich hin und her, sprang plötzlich in den Unterstand, wollte an das Bezirkskommando telephonieren, daß die Russen anstürmen, verriegelte die Tür, schrie unablässig: „Die Russen, da sind sie, sie kommen, stecht sie nieder, sonst sind wir verloren ...", verkannte seine Mannschaften, hielt sie für Russen und ging mit Revolver auf sie los. Der Erregungszustand dauerte mehrere Stunden und ging ziemlich unvermittelt in einen Zustand regungsloser Hemmung über. Bei der Aufnahme am 19./12. früh war St. bereits psychisch vollkommen frei, seine Stimmung war noch etwas gedrückt, aber frei von Angst. Er konnte sich erinnern, daß er zum Telephon geeilt sei, was sich später ereignete, wisse er nicht. Als er zu sich kam, lag er im Marodenhaus des Bezirkskommandos. Die körperlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Herzklopfen) klangen nach vier Wochen vollkommen ab und St. versah später den Dienst anstandslos.

Fall 8. K. Sch., 36 Jahre, Sanitätssoldat, wird am 5./11. gegen Abend der Abteilung überstellt mit der dienstlichen Meldung, daß bei

ihm infolge Beschießung des Hilfsplatzes mit Granaten bei seiner Rückkehr in das Werk Anzeichen eines akuten Verfolgungswahnes beobachtet wurden; er wollte sich aus „Granatenfurcht" immer zu Boden werfen, imitierte das Heulen und die Einschläge der Geschosse, glaubte sich immer noch im Vorfelde zu befinden. Er blickt bei der Aufnahme, sich selbst überlassen, ängstlich verstört vor sich hin; grobwelliges Zittern, bzw. Schütteln des ganzen Körpers, keuchende angestrengte Atmung, Schweißausbruch — alles in allem das Bild hochgradiger Angst. Er ist nur mit Mühe fixierbar, findet sehr langsam Antwort; ungemein schwerfälliges Verhalten, die Fragen müssen mehrmals wiederholt werden.

„Wie heißen Sie?" — „Schuster, ja Schuster."

„Wie ist Ihr Vorname?" — „Karl ... bumm! bumm! hui! hui! bumm! In den Keller ... Keller." (Will in ängstlicher Erregung zur Tür hinaus.)

„Wo sind Sie her?" — „Hier ... hier ... (blickt erstaunt herum) ja hier ... in Hurko (ein Werk Przemysls), o Gott ... die Russen kommen ... (läuft zum Fenster) sehen Sie dort draußen ein ganzes Regiment ...."

Nachts ist er sehr unruhig, sitzt in Decken gehüllt am Bettrand murmelt vor sich hin, klammert sich an den Wärter an.

6./11. „Weshalb fürchten Sie sich so?" — „Nicht schießen ... nicht schießen ... bitte ... bitte ... (richtet sich ängstlich im Bette auf), nicht schießen ... im Keller schießen ... Haus weg ... bumm! hui! bumm!"

„Hier geschieht Ihnen doch nichts!" — „O, fürchterlich hier bleiben, nicht schießen ... Haus ... Keller ... alles weg ... Granate ... Granate".

„Wo waren Sie eigentlich in Stellung?" — (Blickt nachdenklich vor sich hin, starre Miene) „Haus, ja ... ein Haus ... Sanität drinnen ... Granate, hui! bumm! in Keller ..., Russen schießen, Granaten ... Haus weg ... und Kopfweh ... Zittern ... Schießen ... Russen."

Am 7./11. ist P. zwar noch sehr ängstlich, er zeigt aber schon etwas Interesse an den Vorgängen seiner Umgebung, ist örtlich orientiert. Der Regimentsarzt werde ihn wohl hierher gebracht haben, weil er öfter an Kopfschmerzen leide und von Jugend an schwach in den Nerven sei; die Schießerei habe ihn ganz verrückt gemacht. Ein Bruder habe sich in einem Irrsinnsanfall erschossen. Er bleibt stets ruhig zu Bette, blickt ängstlich herum, schläft sehr wenig. Grobwelliger Tremor des Kopfes und der Hände, Lidzittern, zahlreiche Schmerzpunkte, strumpfförmige Hyperästhesie an beiden Beinen.

Am 8./11. vormittags — man hört im Krankenzimmer eine ziemlich lebhafte Kanonade vom Festungsgürtel her — tritt die ängstliche Unruhe wieder stärker hervor; er erzählt, daß heute nachts ein russischer Flieger bei ihm gewesen sei und ihm befohlen habe, er müsse sofort über das Werk Hurko fliegen. Er habe auch die Stimme seiner Frau



gehört, sie selbst aber nicht gesehen. Er erzählt dies stockend, im Infinitivstil, mit kindlichem Gehaben.

„Nehmen Sie doch etwas zu sich!“ — „Nein, nicht essen ... nicht schlafen ... aber fürchten.“

„Das sind doch unsere eigenen Geschütze!“ — „Russen ... fliegen ... Keller ... versteckt ... und ... und Russen geschossen ... Hui, hui, bumm! immer fort ... immer so fort gegangen.“

9./11. Ausgesprochen stuporöses Verhalten, ängstliche Verstimmung weicht apathischem Zustande; er schaut den Fragenden interesselos an, ist zu einer sprachlichen Äußerung nicht zu bewegen.

10./11. Bei Morgenvisite ist P. vollkommen besonnen, geordnet, drückt sein Erstaunen aus, daß er sich hier in einem Spital befinde; er fühle sich wohl etwas müde und schwach, doch gehöre er keineswegs unter Geisteskranke. Er macht über Aufforderung folgende Aufzeichnung: „Es war am 2. November abends, als wir wieder die Schützengraben außer der Festung gegenüber Hurko besetzten, und zwar auf 48 Stunden. Wir sieben Blessiertenträger hatten ein halbzerschossenes Haus zu unserem Aufenthaltsort ausersehen, das stand ungefähr 20 Schritt hinter den Schützengräben. Die Nacht war ruhig und auch der 3. November brachte nichts Neues, außer daß die Russen ein paar Granaten herüber sandten, die aber in größerer Entfernung von uns einschlugen. Auch ein russischer Aeroplan flog in der Richtung von Hurko, von den Truppen in Hurko mit Gewehrfeuer heftig beschossen, über uns gegen die russischen Stellungen. Die Nacht vom 3. zum 4. November verlief ruhig. Den 4. November Vormittag überschütteten die Russen unsere Stellung mit Granaten. Wir nahmen wahr, daß die Granaten immer näher um das Haus einschlugen und wir faßten den Entschluß, in den seitlich vom Hause gelegenen Keller zu flüchten. Kaum waren wir dort, schlugen auch schon die Granaten in den Raum ein, wo wir uns vorher befanden. Und nun schlug Granate um Granate in und um das Haus ein, der Keller war ungefähr fünf Schritt lang und drei Schritt breit und niedrig. Wie lange die Kanonade gedauert hat, kann ich mich nicht mehr besinnen. Es wurde dann ruhig. Ich verspürte schon da heftigen Kopfschmerz. Wir gingen nach oben und sahen hier, daß eine Granate gerade durch das Dach des Raumes gegangen war. Auf dem Platze, wo wir gelagert hatten, lagen Granatsplitter, sowie große und kleine Ziegelstücke in Menge umher. Nun dachten wir, es wird Ruhe sein. Weit gefehlt. Nachmittags gegen zwei Uhr kamen schon wieder die ersten Granaten. Wir wieder in den Keller. War es vormittags schon unheimlich, so war es nachmittags geradezu gräßlich. Schlag auf Schlag schlugen die Granaten ein. Vorn, hinten, sowie ins Haus sausten sie nieder. Bei jedem Aufschlag bebte der Boden, auf dem wir standen; das Haus zitterte in allen Fugen. Direkt beim Eingang zum Keller, drei Schritt vor uns, schlugen die Granatsplitter nieder. In das Haus schlugen mindestens 15 bis 20 Granaten und bei jedem Krach war es, als sollten wir verschüttet werden. Ein Glück, daß nicht direkt auf den Keller eine Granate niederging, denn geschützt hätte uns der Keller



auch nicht. Auch nach Fort und Dorf Hurko schossen sie wieder und waren, wie ich später hörte, vier Tote und sechs Verwundete zu beklagen. Ob es den andern auch so ergangen ist wie mir, ich weiß es nicht. Bei jedem Einschlag durchfuhr ein Zittern meinen Körper und der Kopfschmerz steigerte sich aufs äußerste. Ich war wie betäubt. Apathisch bin ich mit den andern nach unseren Unterkünften zurück und mit ihnen schlafen gegangen. Was weiter geschehen ist, weiß ich nicht, bis ich heute 10./11. 1914 wieder mein Bewußtsein erlangte. Das war der Vorgang, soweit ich mich besinnen kann".

P. blieb Monate hindurch als Wärter an unserer Abteilung tätig; er ist von Haus aus eine timide Natur, wie wir wiederholt bei verschiedenen Ereignissen, so besonders während der Beschießung des Spitales im März 1915 feststellen konnten. Die hystero-somatischen Erscheinungen waren noch etwa 14 Tage nach Abheilung der psychischen Störung nachweisbar.

In einer zweiten Gruppe von vier Fällen traten als dominierend massenhafte und bewegte Gesichtstäuschungen, oft in Form szenenartiger Darstellungen auf, während Gehörstäuschungen seltener waren, Tasthalluzinationen fehlten; entsprechend dem Inhalt der Sinnestäuschungen und der vorhandenen Verfolgungswahnideen war die Stimmungslage ausgesprochen ängstlich. Die mehr minder starke Lockerung, bzw. Inkohärenz der Vorstellungen, die motorische Unruhe der Kranken vervollständigte das Bild einer akuten deliranten Verworrenheit. Die Kriegsfärbung dieser Fälle ist eine recht lebhafte, dabei ist eine Eintönigkeit im Inhalt der Konfabulationen und komplexgemäßen Sinnestäuschungen sowohl in der häufigen Wiederkehr derselben bei ein und demselben Falle wie bei Vergleichen der Fälle untereinander (Halluzinationen russischer und österreichischer Soldaten, des Kanonendonners usw.) unverkennbar. Die Krankheitsdauer betrug in drei Fällen eineinhalb, bzw. drei, bzw. vier Tage; im vierten Falle blieb uns der weitere Verlauf nach mehrtägiger Beobachtung unbekannt. Der Beginn war stets ein plötzlicher — nur in einem Falle Vorboten einer ängstlichen Verstimmung — und gab sich in explosiv hervortretenden motorischen Entladungen kund; auch der Abschluß der Störung war ein kritischer, erfolgte innerhalb weniger Stunden, bzw. eines Tages. Die Amnesie war keine vollkommene, es bestand eine mehr traumhafte Erinnerung an die einzelnen Vorgänge. Auf somatischem Gebiete ließen sich in zwei Fällen deutliche hysterische Erscheinungen nachweisen, welche die psychotische Episode überdauerten. So fand sich in einem Falle eine eigenartige Kiefersperre (nach oberflächlicher Schußverletzung der



linken Wange nach Schrapuellexplosion) sowie Anästhesie und Analgesie der linken, z. T. auch der rechten unteren Gesichtshälfte. Tremores fehlten, die Pupillenreaktion war stets prompt. Irgendwelche Anhaltspunkte für eine alkohologene Grundlage waren nicht gegeben. Exogen-ätiologisch kam in einem Falle eine Schrapnellexplosion, die den Kranken leicht verletzte und angeblich eine kurzdauernde Bewußtlosigkeit (?) zur Folge hatte, in Frage, in einem andern Falle die seelische Aufregung der Mobilmachung; in beiden Fällen bestand eine neuropathische Konstitution. In den zwei anderen Fällen brach die Psychose ohne einen bestimmten äußeren Anlaß aus, der eine Mann befand sich bei Gefechtsruhe auf Feldwache, der andere bei der Menageverteilung innerhalb eines Werkes, ohne daß in beiden Fällen auch in den Tagen vorher irgendwelche seelisch- oder körperlich-strapaziöse Ereignisse eingewirkt hatten. Nervöse Antezedentien fehlten in beiden Fällen, die Kranken wurden von den Vorgesetzten als stets gesunde und sehr brave Unteroffiziere geschildert, die bereits zahlreiche Gefechte mitgemacht hatten.

Fall 9. N. S., 32 Jahre, Reserve-Infanterist, erhielt am 16./10. 1914 einen Streifschuß der linken Wange nach Schrapnellexplosion, soll einige Minuten bewußtlos gewesen sein, kam aber selbst zum Hilfsplatz, wo er über heftige Schmerzen jammerte und einen sehr desperaten Eindruck machte; bei der Aufnahme ins Festungsspital Nr. 6 am 18./10. früh fiel S. dadurch auf, daß er ängstlich vor sich hinstarrte, seine Personalien nur auf wiederholtes Befragen angab. Abends sprang er plötzlich aus dem Bette, schrie, daß ihn die andern Kranken verfolgen, entriß ihnen die Bettdecke; er halluzinierte schwarze Gestalten an den Wänden, hielt sich die Ohren zu, lief aus dem Zimmer, entkleidete sich auf dem Gange, wollte aus einem Fenster in den Hof springen, zertrümmerte die Scheiben, lief dann vollkommen nackt auf die Straße hinaus; er ließ sich ohne Widerstreben in das Krankenzimmer zurückführen, wo er lebhaftes Angstgefühl, Sinnestäuschungen (russische Soldaten stürzten auf ihn) äußerte. Bei der Aufnahme an unserer Abteilung (19./10. früh) ist P. wesentlich ruhiger, etwas zugänglich, die ängstliche Miene unverkennbar; er verkennt die Umgebung, glaubt sich in Meran oder Lana zu befinden; grobwelliges universelles Zittern. Er wisse nicht, ob Krieg sei, er spricht davon, daß er im Gefecht gewesen sei, er müsse nun sterben, die Russen werden ihn erschießen oder anklagen; er ist wohl fixierbar, doch schweift er immer vom Thema ab, ist von den Sinnestäuschungen (große und kleine bewegte Gestalten, bald Russen, bald Bekannte aus Lana darstellend) beherrscht. Am 20./10. orientiert sich P. allmählich, erkennt den Arzt, klagt „freddo, freddo, italiano, Einweh“; nachmittags ist er bereits vollkommen klar, auch der ängstliche Affekt kaum mehr vorhanden. Er könne sich erinnern, daß er am 16./10., auf der Magiera durch ein



Schrapnell verwundet, für einige Minuten bewußtlos gewesen und auf dem Hilfsplatz verbunden und dann nach Przemysl hereingebracht worden sei. Schon auf dem Wege in die Festung habe ihn eine fürchterliche Angst überkommen, was weiter folgte, wisse er nicht mehr genau. Er habe ein verschwommenes Erinnern, daß schwarze Gestalten, dann wieder russische Soldaten hin und her und auf ihn los liefen, es komme ihm jetzt alles wie im Traume erlebt vor. An die Aufnahme ins Festungsspital Nr. 6 und an unsere Abteilung kann er sich nicht erinnern. Er öffnet die Kiefer nur auf $1\,^1/_2$ *cm*; jeder Versuch, ihm passiv die Kiefer weiter auseinanderzubringen, stößt auf aktiven Widerstand der Kaumuskulatur. Analgesie im Gesichte vom unteren Orbitalrande bis zur Ohrkinnlinie. Kopfschmerzen, Schwindel und allgemeines Schwächegefühl. Allgemeine und örtliche somatische Störungen dauern beinahe zwei Monate an und verschwinden erst allmählich. P. verbleibt bis Ende März an der Abteilung und beschäftigt sich ziemlich rege. Bei der Beschießung des Spitales im März neuerlich ängstliche Unruhe, die mit Herstellung ruhiger Verhältnisse sofort verschwindet. Mutter und Schwester sollen geisteskrank sein; er schildert sich selbst als eine ängstlich-verzagte Natur.

Fall 10. P. Z., 36 Jahre, Landsturm-Infanterist, machte in den letzten Wochen schwere Kämpfe mit; er befand sich am 19./10. 1914 auf Feldwache, als er nach Angabe seiner Begleiter plötzlich geisteskrank wurde. Er begann laut und zwecklos zu kommandieren: „Zug, Schwarmlinie, halber Zug rechts und links, rechts, links;" er griff sich dann am Körper ab und suchte nach seinen Gliedmaßen, „wo ist mein Bein, wo ist mein Bein?" Bei der Aufnahme (20./10. früh) ausgesprochen ängstliche Miene; er kommandiert sinnlos drauf los, ist nicht zu fixieren, stets mit seinen Wahrnehmungen beschäftigt. Er sieht das Zimmer voll Soldaten, sucht sich vor ihnen zu verbergen, kriecht zu anderen ins Bett, um sich zu verstecken. Nachts sehr unruhig, wird isoliert; er klopft an die Türe, kommandiert mit weinerlicher Stimme: „Zug halt, Schwarmlinie, linker Zug mir nach." Am 20./10. früh bereits ein Nachlassen der Erscheinungen merkbar; P. kann im Bette gehalten werden, allmählich tritt immer mehr ein apathischer Stupor in den Vordergrund. Orientierung noch unklar, er wisse nicht, wo er sich befinde: „Sind Sie hier in Przemysl?" „Przemysl? Da wird wohl das Ende der Welt sein." 21./10. Vollkommene Klärung; die Retrospektive ist zwar lückenhaft, immerhin ziemlich aufschließend und die Verwebung wirklicher Geschehnisse mit den halluzinatorischen Szenen schön zum Ausdrucke bringend. Er sei vor 14 Tagen mit seinem Regimente bei M. eingesetzt worden, Tag für Tag im Gefechte gelegen und hatte auch nachts immer nur wenige Stunden schlafen können. Die letzten fünf bis sechs Tage hatte sein Regiment Ruhe; in der Nacht vom 17. bis 18. war er das erstemal wieder auf Feldwache, die Nacht verlief ohne jede feindliche Störung. Er habe auf einmal das Gefühl gehabt, als ob der Boden unter ihm schwinden würde; er erinnere sich, daß er zur Kompagnie zurückgegangen sei, der Leutnant habe ihm das Geld weggenommen und er hörte, wie die Kameraden erzählten, auf der Feldwache



sei etwas passiert. Er sah dann, wie kolossale Menschenmengen, Divisionen österreichischer und russischer Soldaten auf ihn loskamen und seine Kleider untersuchten. Man habe ihn dann in eine Kanzlei gebracht, ihn neuerlich visitiert, ihm Brot gegeben und ihn dann in ein Bad gebracht. Da hüpften schwarze und weiße Teufel heraus und dazwischen lagen tote Russen mit zerfetzten Gliedern. Er hatte eine entsetzliche Angst, die Teufel brüllten fürchterlich und warfen die toten Soldaten auf ihn. Körperliche Begleiterscheinungen fehlten; Heredität und nervöse Veranlagung werden negiert, auch keine Anzeichen für letztere. Am 30./10. Abschub ins Hinterland.

Fall 11. S. P., 33 Jahre, Landsturm-Korporal, wird von seinen Vorgesetzten als ein besonders tüchtiger Unteroffizier geschildert, der bisher nie krank war und als Schwarmführer sich in zahlreichen Gefechten, zuletzt in einem Vorpostengefecht am 16./1. hervorragend bewährt hat; am 21./1. mittags, als er die Menageverteilung überwachte, zeigte er plötzlich ein verändertes Verhalten, blickte verloren, starr vor sich hin und klagte über Kopfschmerzen. Vom Arzt ins Marodenzimmer gebracht, drängte er plötzlich hinaus: „im Zimmer seien Russen, die auf ihn schießen wollen.“ Am 22./1. früh der Abteilung gebunden überstellt, verhielt er sich vollkommen ruhig, entkleidete sich selbst, legte sich selbst zu Bett, verkroch sich in die Decken und blieb so den ganzen Tag. Auf Anruf setzte er sich im Bette auf, machte Ansätze zum Sprechen, ließ aber wieder ab davon, hüllte seinen Kopf mit Polster und Leintuch zu. Am 23./1. ist P. psychisch vollkommen frei, klagt noch über leichte Kopfschmerzen. Es sei in seinem Kopfe alles wirr gewesen; er habe sich von Gestalten bedroht gesehen, nackte Männer und Weiber in russischer und österreichischer Uniform, Pferde, Lokomotiven, Geschütze fuhren auf ihn los, er habe deshalb eine namenlose Angst gehabt. Früher nie derartige Anfälle, er sei stets gesund gewesen. Guter Ernährungszustand; nervös-somatische Erscheinungen fehlen.

In folgenden drei Fällen handelte es sich um Dämmerzustände mit eigenartig hypomanischer traumhafter Bewußtseinsveränderung, dadurch ausgezeichnet, daß der Inhalt der formal und innerlich zusammenhängenden Vorstellungen ausschließlich in der Richtung der Wunscherfüllung (Auszeichnung, Beförderung, Heimkehr) lag. Die Kranken standen vollkommen außerhalb der Situation, verkannten ihre Umgebung, zeigten äußerlich sonst ein geordnetes Verhalten; die Stimmung war eine leicht gehobene, hypomanische, eine motorische Unruhe oder Hemmung — im Sinne des Bestehens eines manischen Stupors — war dabei aber nicht bemerkbar; nur in einem Fall bestand zu Beginn ein episodischer leichter motorischer Erregungszustand. Sinnestäuschungen fehlten. Die Entwicklung der Fälle war stets eine rasche; in zwei Fällen



erstreckte sich die Dauer auf ein bis eineinhalb Tage, in einem dritten Fall auf sieben Tage, und zwar erfolgte hier die Aufhellung des Bewußtseins ganz allmählich, in den beiden andern Fällen mehr kritisch. Die Erinnerung war in den beiden Fällen mit kurzer Dauer vollkommen aufgehoben, während sie im dritten Falle teilweise erhalten war. Körperlich bestanden in einem Fall (nach Granatexplosion) tic-artige Zuckungen in linker Gesichtshälfte sowie zahlreiche subjektive Beschwerden, die wenige Tage nach Abheilung der Psychose vollkommen verschwanden. Bei zwei Kranken lag eine endogene Nervosität, in einem Fall erbliche Belastung vor. Als äußere Schädigung kamen in zwei Fällen eine Granatexplosion, bzw. starkes Artilleriefeuer in Betracht, im dritten Fall die allgemeinen Kriegsstrapazen, die seelischen Einflüsse der Belagerungssituation.

Fall 12. K. B., 27 Jahre alt, Korporal, wurde am 12./11. mittags mit folgender dienstlicher Meldung überstellt: B. wurde heute früh nach Explosion einer Granate in seiner Nähe plötzlich geisteskrank; er meldete sich unaufgefordert beim Abschnittskommando und erzählte, daß er die Russen gejagt, sich hierfür die goldene Tapferkeitsmedaille verdient habe und nun zu seiner Familie heimkehren wolle. Er brachte sein Anliegen wiederholt vor und machte einen ganz verstörten Eindruck. „B. war früher stets gesund, ein tüchtiger Unteroffizier und dürfte vermutlich die starke Beschießung des Werkes in den letzten Tagen ihn geisteskrank gemacht haben.“ Bei der Aufnahme ist B. in gehobener Stimmung, spricht den Arzt als Oberleutnant an und bittet ihn, er möge ihn doch sofort zum Festungskommandanten führen, damit ihm dieser die Tapferkeitsmedaille an die Brust hefte. Er spricht rasch, widerspricht sich oft, prahlt mit Wundern verrichteter Tapferkeit, erzählt, daß er in der russischen Linie nur Treffer erziele, daß er schon Tausende von Russen getötet habe und nun nach Hause gehen wolle. Er läßt sich leicht auf den nächsten Tag vertrösten, schläft ruhig. Am 13./11. erwacht B. bereits vollkommen klar; die Erinnerung an die gestrigen Vorgänge ist eine sehr mangelhafte. Er sei von Haus etwas nervös, aufgeregt und es habe ihn schon die starke Beschießung des Werkes während der Belagerung (7./10.) ziemlich hergenommen.

Fall 13. St. O., 37 Jahre alt, Landsturm-Infanterist, sprang am 14./2. 1915 nach abgehaltener Gewehrvisite plötzlich aus dem Schützengraben, lief auf der Deckung herum, schrie: „Ich hätte ein Geistlicher werden sollen, Exzellenz (womit er den Zugsführer ansprach), geben Sie mir meine Mütze, ich kenn' hier keine Charge, ich bin gekommen, mein Vaterland zu verteidigen.“ Bei der Aufnahme (15./2.) beteuert er seine „herrliche“ Gesundheit, spricht schnell, sich überstürzend, verlangt, daß man sofort seiner Frau telephoniere, sie möge mit dem Aeroplan hereinkommen und ihm sofort ein Essen bringen. Er bestreitet, daß jetzt Krieg



sei, Exzellenz Fiedler (sein Korpskommandant, als er aktiv diente) habe ihm die Erlaubnis gegeben, nach Hause zu gehen. Zeitlich und örtlich desorientiert, zum Gespräche gut fixierbar, nur schweift er stets von den Fragen ab und bringt eintönig das Begehren vor, man möge Seiner Exzellenz und auch seiner Frau telephonieren, damit sie ihm Schnitzel und Obst bringe. Ausgesprochen behagliche Stimmung, Sinnestäuschungen fehlen. Die manische Stimmung dauert fünf Tage an, dann allmähliche Klärung. Am 21./2. ist B. psychisch wieder vollkommen frei, Erinnerung mangelhaft. Somatisch leichte Kopfschmerzen. Anamnestisch ergab sich, daß O. von seinen Vorgesetzten als jähzornig, launisch, aber als tapferer Soldat geschildert wurde, der während der Belagerung viele Gefechte mitmachte. Er selbst gibt an, er leide schon seit Jahren an Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, die sich in den letzten Wochen während der erhöhten Gefechtstätigkeit am Vorfelde gesteigert habe; dazu komme noch, daß seine Frau mit den Kindern in Lemberg weile und er befürchte, daß sie unter der russischen Invasion zu leiden hätten. Vor zwei Jahren habe er infolge Todes eines seiner Kinder einen zweitägigen Erregungszustand durchgemacht, woran er sich nachher nur mangelhaft erinnern konnte.

In einer weiteren Gruppe von acht Fällen war die traumhafte Bewußtseinstrübung charakterisiert durch Auftreten von Sinnestäuschungen in Form vereinzelter, mehr flüchtiger Visionen einer hypomanischen, bzw. manischen Verstimmung, z. T. mit Zügen von Verwirrtheit und fast regelmäßig mit katatonen Erscheinungen; zu Beginn bestand meist lebhafter Bewegungsdrang — in einzelnen Fällen vom Charakter tobsüchtiger Erregung mit sinnlosem Herumspringen und Umsichschlagen — im weiteren Verlauf überwiegt die motorische Hemmung, die häufig von jäh einsetzenden Erregungsphasen unterbrochen wurde. Das katatonische Gepräge kam in verschiedener Stärke zur Darstellung, manchmal fanden sich nur vereinzelt leichte Verbigeration, Stereotypie, in andern Fällen wieder Bilder von Mutismus, Negativismus, Echolalie und Echopraxie, Grimassieren, Fexibilitas cerea. Im wesentlichen handelte es sich um manisch gefärbte Erregungs-, bzw. Verwirrtheitszustände. Auch hier war der Beginn sämtlicher Fälle ein plötzlicher, die Dauer schwankte zwischen mehreren Stunden und Tagen und betrug in zwei Fällen elf Tage. Der Abschluß erfolgte in den Fällen mit kurzer Dauer mehr minder kritisch, in den länger dauernden mehr allmählich. Die Erinnerung fehlte in den meisten Fällen fast vollkommen und war nur in den zwei Fällen von elftägiger Dauer in einzelnen Bruchstücken erhalten. Nach Ablauf der psychotischen Erscheinungen bestand für einige Tage leichte Erschöpfung, Mattigkeit, Schlafbedürfnis;



somatische nervöse Erscheinungen fanden sich nur in drei Fällen, hiervon einmal neurasthenische, zweimal hysterische Symptome, hierunter ein typischer Krampfanfall. Ursächlich kam in Betracht: Mobilmachung zweimal, Schrapnellexplosion einmal, Artilleriefeuer zweimal, mitgemachtes Gefecht dreimal. Die Erregung setzte bei sämtlichen Kranken, die in Stellung lagen, während des Gefechtes ein; es handelte sich dabei ausnahmslos um Soldaten, die schon mehrere Gefechte mitgemacht hatten und in der letzten Zeit auch körperlichen Strapazen stärker ausgesetzt waren. Der Inhalt der Psychose bezog sich ausschließlich auf die Kriegsereignisse, wie dies die theatralische Wiedergabe, das gleichsam Wiedererleben der Gefechtsszenen sehr schön illustriert. Eine nervöse Veranlagung läßt sich in drei Fällen nachweisen, hiervon zweimal als hysteropathische Konstitution, und zwar hatte einer der Kranken vor zwei Tagen im Anschluß an einen Betriebsunfall einen hysterischen Dämmerzustand durchgemacht und war deshalb in der Irrenanstalt K. gewesen. Beide Fälle der Mobilmachungsperiode gehörten zu den endogen disponierten.

Fall 14. K. K., 35 Jahre, Landsturm-Infanterist, wurde uns am 22./12. 1914 unmittelbar aus einem Gefechte überstellt; er war psychisch vollkommen frei und gab an, auf dem Transport hierher zu sich gekommen zu sein. Er habe in den letzten Tagen anläßlich eines Ausfalles mehrere Gefechte und damit auch körperliche Strapazen mitgemacht; er könne sich noch erinnern, daß er bei O. in der Schwarmlinie gelegen sei und ein lebhaftes Feuer hin und her im Gange war. Was dann später mit ihm geschah, wisse er nicht mehr. Der Kompagniebericht lautet, daß K. plötzlich ganz zwecklos in der Schwarmlinie aufsprang, stehend mehrere Schüsse abgab und feindwärts laufen wollte. In die Stellung zurückgebracht, verkannte er seine eigenen Leute als Russen und wollte sich auf sie stürzen.

Wie bei diesem handelte es sich auch noch bei zwei anderen Fällen um nur mehrere Stunden dauernde Erregungszustände, in denen die Kranken aus den Gräben sprangen und blindlings auf den Gegner losstürzen wollten. Ein derartiges Verhalten von Soldaten wurde von mehreren Autoren bereits erwähnt; nur wenige Fälle kommen in die Hände des Arztes, da die meisten, weil sie die ganze Figur zeigen, sofort vom Feinde abgeschossen werden. So erinnere ich mich an zwei Kaiserschützen meines Regimentes, die in einem Gefecht plötzlich aus der gedeckten Stellung aufsprangen; der eine lief, sein Gewehr schwingend, feindwärts und fiel bald



zwischen den Linien tot nieder, der andere ging auf seine eigenen Kameraden los, die er für Russen hielt, und wurde ebenfalls von feindlichen Kugeln getötet. Das traurige Schicksal derartiger Fälle macht eine nähere klinische Beurteilung unmöglich, zumal derartige raptusartige Erregungszustände bei verschiedenen Psychosen (Epilepsie, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, progressive Paralyse) vorkommen können, wie wir dies an der Hand unserer eigenen Kriegserfahrungen zeigen konnten. Am häufigsten wird es sich wohl nach unseren Erfahrungen um selbständige psychogene Zustandsbilder handeln, um psychogene Dämmerzustände, wie wir sie namentlich in dieser und in der folgenden Gruppe finden.

Fall 15. Der 24 jährige russische Infanterist L. P. wurde uns am 16./5. 1915 vom russischen Feldspital 422 überstellt, mit der Meldung zweier Rottenkameraden, daß P. gestern nachmittags unter dem Eindrucke heftiger Beschießung durch schwere österreichische Artillerie plötzlich geisteskrank geworden sei; er lief vom Schützengraben gegen die eigene Artilleriestellung, gestikulierte mit den Händen, sprach unsinnige Worte. Bei der Aufnahme (nachmittags) drängt P. hinaus, ruft fortwährend laut: „Schießen, schießen," dann wieder „Maruschka, Maruschka". Ins Gitterbett gebracht, reißt und zerrt er an dem Netzwerk, spuckt im Bett herum, grimassiert. Nachts ist er andauernd unruhig, imitiert das Heulen und Einschlagen der Geschosse, lacht dazu, ist aggressiv gegen die Wartepersonen.

17./5. Ausgelassene Stimmung; er winkt die Kranken zu sich heran und spuckt ihnen dann ins Gesicht, worüber er lacht und vor Freude herumspringt. Er äfft die Fragen des Arztes und des Dolmetschers nach, ist zu einer Antwort nicht zu bringen. Nachmittags wirft er Decken und Polster übereinander, schenkt seiner Umgebung keine Aufmerksamkeit; Nahrungsaufnahme reichlich. Ab und zu horcht er gespannt zum Fenster hinaus, winkt mit der Hand hin.

18./5. Etwas zugänglicher, er verkennt den österreichischen Arzt als russischen Offizier, salutiert läppisch, lacht laut und hat noch immer große Freude an dem Bespucken der andern Kranken.

„Ist jetzt Krieg?" — „Krieg..., Krieg.... Krieg" (fürchterlich schreiend).

„Welche Jahreszahl haben wir jetzt?" — „1902, 5, 8, 11..., 12..., lassen Sie mich in Ruhe, was wollen Sie von mir?"

„Wollen Sie Zigaretten?" — „Haben Sie keine.... ich kaufe Ihnen welche."

„Wie geht es Ihnen?" — „Ich bin ein Alter, du bist ein schönes Kind, gib mir deine Haare."

Er beantwortet weitere Fragen nicht mehr, lispelt vor sich hin, lacht, grimassiert, äfft den Arzt nach, klatscht fortwährend in die Hände, schlägt sich kräftig an die Brust und pfeift.



19./5. Ausgesprochene Hemmung, liegt ruhig stets in derselben Stellung im Bett, leicht lächelnde Miene, starr zur Zimmerdecke blickend. Vollkommen mutazistisch; der passiv erhobene Arm bleibt in der gegebenen Stellung, im ganzen das Bild eines katatonen Stupors.

20./5. Nachmittags wird P. klarer; er wisse nicht, ob er in einem Spital oder in einer Kaserne sei, er kenne sich nicht recht aus, er wisse nur, daß er österreichische Uniformen sehe, ob er denn in Gefangenschaft sei?

21./5. Psychisch vollkommen frei; er habe die letzten Kämpfe in den Karpathen mitgemacht, worunter seine Nerven schwer gelitten haben; früher sei er immer gesund gewesen. Er könne sich erinnern, daß er mit seinem Regimente vor Przemysl gekommen sei, und daß sie von den Österreichern und Deutschen starkes Artilleriefeuer erhielten. An den Transport hierher und an die Tage im Spitale hier könne er sich nicht erinnern; es komme ihm nur so ungefähr vor, daß er in einem vergitterten Kasten gelegen sei und Herren in weißen Mänteln mit ihm sprachen.

Fall 16. Der 23jährige Infanterist P. M. wurde am 26./10. 1914 vormittags unmittelbar vom Gefechtsplatze der Abteilung überstellt; sein Begleitmann sagt aus, daß M. gestern abends im Schützengraben während heftigen Artilleriefeuers plötzlich zu lachen und zu singen anfing, sein Gewehr fortwarf, dumme Späße machte. Bei der Aufnahme ist P. sehr übermütig, zupft den Arzt an der Bluse, lacht ihn aus, spielt dann wieder. den „wilden Mann“, ist stets in Bewegung. Er ist aber leicht im Bett zu halten, sitzt mit krampfhaft geschlossenen Augen aufrecht da, spricht unter theatralischen Gesten sinnlos darauf los. Er imitiert im monotonen, stundenlangen Vortrage den charakteristischen Lärm eines schießenden Maschinengewehres (tak ... tak ... tak), produziert spontan sprachlich z. B. folgendes: „Es ist ein Krieg, mit Russen, wenn ein Befehl vorwärts, dann leise .... vorsichtig (theatralische Gebärden) ...., Granaten schaden nicht... tak, taktaktak (Maschinengewehr) ... Zement geht... ganze Säcke ... taktak ... ich kann alle ... taktak tak tak ... es geht jemand ... kommt her ... ich sehe nichts ...“

„Wie alt sind Sie?“ — „1813, hatte ... wie ... Kopfschwindel ... Sausen ... ich kenne alle ... Wer ist der Doktor? ... Ich kenne alle ... höre nichts und sehe nichts ... So muß man ... ja, so muß man ... ich kenne alle ... tak ... wir werden uns schlagen ... je mehr, desto besser ... nur leise ... leise ... Macht vorwärts ... wann ich schlafen werde ... so viel Menschen kommen ... Deckung ... decken ... decken ..., ich schieße sofort ... decken ... decken ... decken ... jetzt ... tak tak tak tak ...“ (Er hält sich die Ohren zu, lacht.)

„Wie alt sind Sie?“ — „22 Jahre, nein, 23, 24, 25, 26 (usw. bis 50). Deckung, decken! taktaktak ... Kopfschmerz ... bumm! bumm! laß mich in Ruhe!“

Am 28./10. Änderung des bisherigen Verhaltens; er ist ziemlich gut fixierbar, gibt geordnete Auskunft über seine Person, zeitlich und

örtlich noch desorientiert, spricht den Oberarzt als Korporal an. Er bittet dringend um seine Kleider, es muß jetzt bald der Krieg anfangen, er habe mit der österreichischen Kasse nach Wien zu fahren und dort im Kriegsministerium in der Ringstraße 36 Millionen oder Milliarden zu deponieren. Kein Grimassieren, auch keine Nachahmung des Maschinengewehrfeuers mehr.

29./10. „Wo befinden Sie sich hier?" — „Hier sind gute Menschen."

„Welches Datum haben wir heute?" — „Oktober, November, Dezember, Jänner."

„Welche Charge habe ich?" — „Zwei Sterne ... ein Korporal, sind ein feiner Herr (halluziniert Geschütz- und Maschinengewehrfeuer), Ha .... Ha .... Russen schießen .... fürcht' mich nicht .... bin ein Ukrainer .... ein echter Ukrainer .... kein Russophiler."

30./10. bis 2./11. Vollkommen mutazistisch, kataleptisch starre Körperhaltung, stereotypes Augenzwinkern, bizarre Stellungen der Arme und Beine.

3./11. Er begrüßt spontan und militärisch korrekt den Arzt bei der Morgenvisite, ist besonnen, zeitlich mangelhaft, örtlich gut orientiert; er könne sich nicht erklären, wie er ins Spital gekommen sei, hier seien doch lauter „Narren", er gehöre nicht hierher. Abends stellt sich neuerliche Unruhe ein, er müsse dem Kaiserhaus doch die 36 Millionen bringen, hier sei sein Schatz nicht sicher, weil im Zimmer viele Russen sind. Reizbare Verstimmung.

4./11. Allmähliches Sichzurückfinden; 5./11. ausgeglichene Stimmungslage; psychisch vollkommen frei. Als Kind Gehirnhautentzündung, seither öfter Kopfschmerzen. Seit Kriegsbeginn andauernd an der Front, zahlreiche Gefechte, besonders in letzter Zeit; in den letzten acht Tagen häufig Kopfschmerzen. Am 26./10. früh wurde ihre Stellung von russischer Artillerie sehr stark beschossen, in seiner Nähe explodierten mehrere Granaten und Schrapnells; in seiner Nachbarschaft war ein Maschinengewehr postiert, das ununterbrochen feuerte. Was weiter mit ihm geschah, wisse er nicht mehr, er sei erst heute früh wieder zu sich gekommen. Er habe die Erinnerung an ein ständiges Sausen in den Ohren, sowie daran, daß er nach Wien fahren wollte, um das Depot der Filiale der österreichisch-ungarischen Bank in seiner Heimatstadt, einige Milliarden, dorthin zu bringen. — Er blieb bis Juli 1915 als Wärter an unserer Abteilung, verhielt sich während der zweiten und dritten Belagerung sehr unerschrocken, bestand im Mai einen schweren Flecktyphus; es wurden an ihm nie Anzeichen einer geistigen Störung beobachtet.

In einer letzten Gruppe finden sich vier Fälle, die durch eine ungewöhnlich lange, mehrere Wochen, bzw. Monate umfassende Krankheitsdauer ausgezeichnet und nach ihren klinischen, zum Teil recht mannigfaltigen Zustandsbildern als hysterische Dämmerzustände mit protrahiertem Verlaufe aufzufassen sind; wegen des Interesses, das die einzelnen Fälle in

mancherlei Hinsicht beanspruchen dürften, sollen ihre Krankheitsgeschichten des Näheren mitgeteilt werden.

Fall 17. P. H., 28 jähriger Infanterist; laut Kompagniebericht trat bei H. am 27./11. 1914 nachts im Anschlusse an eine starke Beschießung des Werkes, in welchem er in Stellung lag, ein hochgradiger Angstzustand auf; er kauerte sich in eine Ecke und rief immer: „Granaten, Granaten;" früher sei P. stets gesund gewesen, Aufnahme am 28./11. Ausgesprochen ängstlicher Gesichtsausdruck, grobwelliger universeller Tremor; mühsam ins Bett gebracht, hüllt er sich in Decken ein, hält die Augenlider krampfhaft geschlossen. Sprachliche Äußerungen fehlen vollkommen. Als vormittags von den Werken lebhafter Kanonendonner hörbar wird, horcht er gespannt, zuckt bei jedem Abschuß zusammen. 29./11. P. sprang nachts mehrere Male aus dem Bette, ging auf Händen und Füßen („sich deckend") durchs Zimmer, legte den Kopf bald mit dem rechten, bald mit dem linken Ohre an den Fußboden an, um nach Minensprengungen zu horchen, wie er durch Gebärden andeutete. Bei der Visite flüchtete er vor dem Arzte, klammerte sich ängstlich am Bettgestelle fest, starrte den Arzt an und versteckte sich plötzlich unter dem Bette.

1./12. Ängstlicher Stupor; er wehrt jede Ansprache, jede Untersuchung ab; sitzt aufrecht im Bette, stundenlanges Wiegen des Oberkörpers und hiebei pagodenartiges Nicken des Kopfes; hie und da flüstert er kaum hörbar: „Granaten, Granaten".

4./12. Zunahme der Hemmung, die ängstliche Färbung im Gesichtsausdruck weniger deutlich, mehr eine blöde einfältige Miene, ab und zu ein debiles Lächeln. Die Nahrung nimmt P. stets selbst und reichlich zu sich.

6./12. Ruft laut bei der Visite spontan den Arzt an: „Feldwebel, Herr Feldwebel, meine Hosen, bringen Sie mir doch meine Hosen."

„Wie geht es Ihnen denn?" — „Ja, ich gehe, gehe, gehe . . .", er springt mit einem Satz aus dem Bett, zeigt Neigung, zu Boden zu stürzen und verharrt plötzlich in einer bizarren statuenartigen Pose, jeder weitere Versuch, ihn zum Sprechen zu bringen, seine absonderliche Stellung zu ändern, stößt auf Widerstand; er verbleibt etwa eine halbe Stunde so und kehrt, nur mit dem äußeren Fußrand auftretend, zum Bette zurück.

9./12. Verbleibt stets zu Bette, ängstlicher Affekt tritt immer mehr zurück, gelegentlich sogar eine verzerrt heitere Miene. Grimassieren, absonderliche Stellungen. Er wiederholt monoton „Feldwebel, Herr Feldwebel, Werk 1, Werk 2, Werk 3 . . . . Granaten . . . Granaten . . . bum, bum! St . . . . Bum!"

11./12. Ängstliche Verstimmung ist gänzlich verschwunden, ein läppisch-katatones Bild, das häufig einen recht gekünstelten Eindruck macht, beherrscht die Situation. Gelegentlich triebartige impulsive Handlungen. So springt er, als die Menage im Zimmer verteilt wird, plötzlich aus dem Bette, reißt dem Unteroffizier die Menageschale aus der Hand, lacht ihn blöde an und kehrt dann unter ständigem Grimassieren und lautem Schmatzen wieder ins Bett zurück.

13./12. Recht wechselndes Verhalten; sich selbst überlassen, bleibt er ruhig zu Bette, nimmt die Nahrung ordentlich zu sich, geht auch allein, und zwar mit wesentlich freierem Gange. Sobald er sich ärztlich beobachtet fühlt, führt er theatralische Szenen auf, sucht aus dem Bett zu springen, beim Gehen hinzustürzen, wackelt mit dem Kopfe, grimassiert; dem Arzt, der das Zimmer verlassen will, ruft er mit der Stimme und den Gebärden eines kleinen Kindes weinend nach: „Nicht fortgehen. hierbleiben . . ., oder ich auch mitgehen . . . .“

15./12. Sein Verhalten hat sich insofern geändert, als er ab und zu doch fixierbar ist, allerdings fast regelmäßig vorbeispricht, wobei aber seine Antworten doch eine inhaltliche Beziehung zur Frage erkennen lassen, z. B..:

„Wie spät ist es jetzt (9 Uhr vormittags)?“ — „Gegen Abend.“

„Es ist doch hellichter Tag?“ — „Nein . . . so finster, schon Nacht.“

„Welche Jahreszeit?“ — „Sommer.“

„Es ist doch kein Laub an den Bäumen?“ — „So warm hier“.

„Wie alt sind Sie?“ — „Nicht kalt . . ., 16 Jahr.“

„Sie sind doch Soldat?“ — „Nein, ich bin kein Soldat (weinerlich), Herr Feldwebel, helfen Sie mir . . . .“

Auf körperlichem Gebiete findet sich ausgesprochene Hyperästhesie und Hyperalgesie an beiden Armen und Beinen bis zur Schulterhöhe. bzw. Leistenbeuge reichend.

18./12. P. wird heute kräftig faradisiert und ihm mit aller Bestimmtheit erklärt, daß er hierdurch wieder vollkommen gesund werden würde. Während der Behandlung warf er sich einige Male im Bette auf, schrie überlaut und blieb dann in regungslosem Stupor liegen. Bei der Nachmittagsvisite bot er ein gänzlich verändertes Bild; er befolgte prompt alle Aufforderungen, war zeitlich, örtlich und persönlich vollkommen orientiert. Er stellt in Abrede, geisteskrank gewesen zu sein, er habe nur Kopfschmerzen und Schmerzen in den Beinen gehabt und sei deshalb im Spitale geblieben; er glaube, vier bis fünf Tage hier gewesen zu sein. Hyperalgesie an Armen und Beinen verschwunden. Er sei früher immer gesund, allerdings stets furchtsam und ängstlich gewesen und habe, seit er im Kriege war, vor dem Schießen immer Angst gehabt (was auch bei der späteren Beschießung des Spitales beobachtet wird). P. war bis 8./5. als Wärter an unserer Abteilung tätig und es wurden keinerlei Anzeichen einer geistigen Störung mehr an ihm beobachtet.

Überblicken wir die Krankheitsgeschichte dieses Falles, so können wir nur zu dem Schlusse kommen, daß es sich um eine psychogene, bzw. hysterische Psychose handelte, und zwar um einen Ganserschen Dämmerzustand mit Zügen von Puerilismus (Sträußler); die psychogene Disposition ist in der timiden Konstitution, den stets vorhandenen Befürchtungsvorstellungen gegeben, das auslösende Gefühlsereignis war die Schrapnellexplosion. Symptomatologisch charakteristisch sind das ursprünglich ängstliche Verhalten des Kranken



im Zusammenhang mit dem unmittelbar vorausgegangenen affektbetonten Ausgangserlebnis, die theatralische, manierierte Färbung des Bildes mit Berechnung auf die Umgebung, seine Abhängigkeit von äußeren Eindrücken, die psychotherapeutische Beeinflußbarkeit, das Vorbeireden, die Sensibilitätsstörung, die nicht so vollkommene Amnesie. Differentialdiagnostisch sei hier nur die Frage einer eventuellen Simulation gestreift, doch spricht gerade die Eigenart und Vollständigkeit der angeführten Symptome, sowie nicht zuletzt die Entstehung unmittelbar nach dem psychischen Trauma dagegen; die Ähnlichkeit mit einem schizophrenen Zustandsbilde war nur eine vorübergehende, es brachte in dieser Hinsicht schon der Verlauf allein eine sichere Entscheidung.

Fall 18. Bei dem 25 jährigen Honvéd J. H. traten laut Kompagniebericht am 18./11. wenige Stunden nach heftiger Beschießung seines Stellungsabschnittes Anzeichen von Geistesstörung auf; früher geistig stets gesund, sprach er auf einmal sinnloses, verwirrtes Zeug zusammen, wendet sich von seinen Kameraden ab, ein Zustand, der seit zwei Tagen ununterbrochen anhält.

20./11. Aufnahme: Er betritt langsamen, stolzen Schrittes, leise singend das Zimmer, verbeugt sich feierlich vor dem Arzte und bittet, man möge ihm nicht die Zunge herausschneiden; er habe Gott beleidigt und werde dafür verbrannt werden. „Ich bin ein Honvéd, ich gebe meine ungarische Zunge dem, der am nächsten bei mir ist." Ausdruckslose Miene, keine bestimmte Affektlage erkennbar.

„Wo befinden Sie sich hier?" „In Teufelshänden." „Jahreszahl?"

„1912." „Was fehlt Ihnen?" „Ich bin krank, ich will essen, und man hat mir meine Zunge zum Essen gegeben."

„Zeigen Sie Ihre Zunge!" „Ich tausche meine Zunge nur mit einer ungarischen ein, sonst kann ich keine brauchen".

Er kommt einzelnen Aufforderungen langsam, schwerfällig nach; Neigung zu Katalepsie. Universelle Hypalgesie. Er hört innere Stimmen, er werde von hier nicht mehr lebend fortkommen, man werde ihm hier alles stehlen.

21./11. P. ist heute andauernd in Bewegung, kleidet sich ständig aus und an, singt mit ungemein monotoner Stimme stundenlang Kriegslieder und Kirchengesänge, flicht dabei sinnlose Monologe ein, wie „ich lasse mir die Zunge nicht herausschneiden, mit keiner jüdischen vertauschen, lieber eß ich meine Augen auf".

22./11. Bewegungsunruhe hat einem mehr stuporösen Verhalten Platz gemacht, eintönige, wiegende Rumpfbewegungen; das Beten und die frommen Gesänge sind fast verstummt.

„Sind Sie hier nicht in einem Krankenhaus?"

„Nein, in Teufelshänden, in Teufelshöhle bin ich."

24./11. Geordnetes, besonnenes Verhalten; er sehe ein, daß er verwirrt gewesen sei und Angst gehabt habe, daß hier Teufel seien. Vor



einigen Tagen sei über dem Werke I ein Aeroplan geflogen und habe Zettel heruntergeworfen, worauf, wie ihm die Kameraden erzählten, gestanden sei, daß seine Mutter gestorben sei, daß er Gott beleidigt habe und deshalb mit dem Aeroplan in die Hölle gebracht werde. Er könne sich erinnern, daß er hier Teufel gesehen habe, die ihm zuriefen: „Du wirst verbrannt, sobald du dich rührst," und daß er seine Zunge tauschen wollte, weil er nicht gut sprechen konnte. An die näheren Umstände seiner Aufnahme habe er nur eine dunkle, traumhafte Erinnerung, doch glaube er, daß man ihn schon bald nach der Beschießung des Werkes, die so „furchtbar" gewesen sei, mit einem Wagen hieher gebracht habe. Über die Kriegssituation ist er gut orientiert.

14./12. P. verhält sich bisher andauernd ruhig, äußerlich besonnen; er fällt weiter nicht auf, verkehrt aber wenig mit anderen Kranken, beteiligt sich nicht an der Arbeit. Seit heute nachts wieder unruhig, verlangt nach Hause, ruft nach seiner Mutter, die ihm neue Bettwäsche und Brot gebracht habe; seine Mutter sei an der Straße gesessen, habe Früchte verkauft und ihm gesagt, daß er nicht ganz bei Vernunft sei und daß sie ihn deshalb nach Hause mitnehmen werde. Monotone Kirchengesänge.

18./12. Er befinde sich hier in einem Arrest, Teufel erscheinen ihm Tag und Nacht, zeigen mit ihren Krallen auf seine Pfeife, er solle sie ihnen schenken, sonst werden sie ihm die Augen ausstechen; weint öfter, er fürchte sich vor den Teufeln; leicht ängstlicher Ausdruck.

20./12. Neuerliche Äußerungen von Krankheitseinsicht; er bittet um Entlassung zu seiner Kompagnie, er fühle sich jetzt gesund und gehöre nicht mehr unter Geisteskranke. Es werde ihm wohl im Kopfe gefehlt haben. In den folgenden Tagen Andauern des luziden Stadiums, aber P. ist psychisch noch unfrei, etwas gehemmt; noch unklares Verhalten, Ratlosigkeit; er beteiligt sich nur mehr wenig an der Arbeit.

12./1. Neuerliche Verschlimmerung; P. betet stundenlang aus einem Gebetbuche laut vor, behängt sich mit Rosenkränzen, sammelt zwecklos Papierschnitzel, ist in heiterer, fast ausgelassener Stimmung; heute nachts sei seine Mutter bei ihm gewesen und habe ihm zu essen gebracht.

20./1. Andauernd heitere Verstimmung; singt lustige Soldatenlieder, gefällt sich in der übermäßig, fast läppisch strammen und ganz zwecklosen Ausführung militärischer Kommandorufe und Befehlsstellungen (Salutierübungen, Habt-Acht-Stellung usw.).

24./1. Zunehmende Aufhellung; es komme ihm vor, als ob er von seiner Mutter geträumt habe, sie könne doch unmöglich hier gewesen sein, auch die Geschichte mit den Teufeln könne er sich nicht recht erklären.

26./1. Vollkommen klar und besonnen, volle Krankheitseinsicht, Erinnerung lückenhaft. P. verbleibt bis 8. Mai an der Abteilung, hilft bei den Arbeiten fleißig mit und bietet keinerlei psychische Auffälligkeiten mehr dar. Heredität sowie frühere nervöse Erscheinungen werden negiert. Es besteht ein leichter Grad von Debilität, sowie ein körperlich-infantiler Habitus, der den 25 jährigen Mann etwa 18 Jahre alt erscheinen läßt.



Charakteristisch ist in diesem Falle für die psychogene, bzw. hysterische Genese des psychotischen Zustandsbildes die unvollkommene Amnesie, die Sensibilitätsstörung, die inhaltliche Färbung; letztere kommt hier zwar nicht in einer äußerlich gleichartigen Wiedergabe des Ausgangsereignisses zum Ausdrucke, sondern läßt das schreckenerregende Erlebnis entsprechend der psychologischen Verarbeitung einer kindlichen Psyche in den Furcht- und Angstvorstellungen vor der Hölle, Halluzinationen der Teufel erkennen. Außerdem bestehen auch Wunschvorstellungen, die eine baldige Heimkehr, ein Wiedersehen mit der Mutter zum Gegenstand haben.

Fall 19. Korporal H. B., 27 Jahre alt (aufgenommen am 17./2.), war am 20. November 1914 durch einen Gewehrschuß an linker Hand verwundet worden und stand deshalb im Festungsspital Nr. 5 in Behandlung; daselbst traten bei ihm am 14./2. plötzlich Aufregungszustände mit Größenwahn und Verfolgungsideen auf; so behauptete er, daß er zum Leutnant befördert sei und daß ihn sein ehem. Hauptmann verfolge. Bei der Aufnahme ist P. in gereizter, gehobener Stimmung, betont ständig seine „ganz besondere“ Gesundheit, klagt dann wieder über Schlaflosigkeit und gibt spontan zu, daß ein Bruder seiner Mutter geisteskrank sei. Er spricht rasch und viel, bricht mitten im Satze ab, kommt vom Hundertsten ins Tausendste. Das Wesenttliche seiner Erzählungen ist folgendes: Er sei im Dezember 1912 mobilisiert worden (Kriegsvorbereitung gegen Serbien); damals sei ein großer Verrat begangen worden, mittels eigener Sprechapparate wurde das Diktat der Mobilisierungsakte abgefangen, und zwar habe sein Hauptmann, der einen tiefschwarzen Bart und hypnotische Augen hatte, diesen Verrat begangen. Dieser habe ihn erschießen wollen, doch ein Hausmeister aus Budapest, ein pensionierter Detektiv, habe ihn gerettet; der Skandal brach erst aus am 28./8. 1914, in der Schlacht bei Kulikow, als die Russen mit Maschingewehren vom Kirchturm schossen, während eben dieser Hauptmann mit General D. in voller Gemütsruhe beim Speisen saß. Auf der Flucht nach Lemberg und noch später beim letzten Ausfall (19./11. 1914) habe er wieder gesehen, wie ihn dieser Blutvogel mit dem Revolver bedrohte; der Hauptmann sei daraufhin verhaftet worden. Er selbst wurde beim Ausfall verwundet und der junge Graf Tisza habe ihm gratuliert, weil er so tapfer wie ein alter Honvéd gekämpft habe. Mitte Dezember sei ihm der Hauptmann nachts erschienen, wollte ihn hypnotisieren und dabei jedenfalls ermorden; der Hauptmann verfolge ihn, weil P. um seine Verräterei wisse. P. habe um das Vaterland ganz kolossale Verdienste, er werde daher auch Offizier werden; Otto Dérés, der größte Kriegsrichter in Ungarn, habe ihm geraten, Jus zu studieren, er könne dann Minister werden. P. ist unerschöpflich in seinen phantastischen Konfabulationen, in deren Mittelpunkt seine eigene Person und der Hauptmann als sein Verfolger stehen. Am 18./2. nachts stürzt er mit dem Rufe in das Wachzimmer: „Wo ist der Hauptmann? Ich bin Generalstäbler, gratulieren Sie



mir, ich will den Bischof besuchen, ich will getauft werden, weil ich in eine Christin verliebt bin, der junge Graf Tisza hat mir drei Finger abgeschlagen, ich sehe überall Verräter."

1./3. Keine wesentliche Änderung; P. schreibt täglich „Bericht"; heitere Verstimmung, selbstbewußtes Auftreten. Im folgenden sei einer seiner zahlreichen Aufsätze wiedergegeben:

Eine Vision oder der Weltkrieg.

Im Jahre 1913, ausgesprochen am 10. April, mußte mein Bruder Josef heiraten. Nachdem ich nur ein Jude war, bekam ich mit großer Mühe drei Tage Urlaub von meinem Kompagniekommandanten S. B. Nachdem ich aber am Hochzeitstage ziemlich viel getrunken habe, wollte ich noch zwei Tage zu Hause schlafen und telegraphierte meinem Ersatzbataillonskommandanten v. V., er solle mir zwei Tage Urlaubsverlängerung geben wegen der jüdischen Feiertage. Antwort kurz und lakonisch „nein". Selbstverständlich als pünktlicher und strebsamer Soldat bin ich sofort abgereist und zur Zeit in L. eingetroffen. Dort bekam ich durch die übrigen Schreiben zu wissen, daß während meiner Anwesenheit etwas „Großes" geschehen ist. Der Herr Major gab es mir auch zu wissen, daß wir Kriegsgeheimnisse arbeiten und sehr aufpassen müssen; denn die Monarchie und das Herrscherhaus hat sehr viele Feinde. Mittags ging ich wie gewöhnlich ins Magyar-Casino speisen, nachher ein kleiner Spaziergang und von dort in meine Wohnung. Nach dem Nachtmahl, als ich durch den ganz finsteren Hof ging, in einer Ecke neben dem Torausgang stand eine Dame, — es ist die ungarische Wärterin vom Zimmer Nr. 11 im „Festungsspital Nr. 5", in einer Hand den Dolch, in der anderen Geld und sagte „Halt!". Ich schaute ihr fest in die Augen und sagte ihr „etwas". Das hat bei ihr gewirkt, sie ist wie der „Kampfer" verschwunden. Um Mitternacht, als ich nach Hause kam, stand der k. k. Hauptmann J. S. mit den apfelgrünen Aufschlägen im finsteren Hof, ich war aber auf alles gefaßt und habe den Kollegen gesagt, das Tor darf jetzt niemand verlassen. Das Bajonett in der Hand, mit einem lauten „Rayta" bin ich glücklich in mein Zimmer gelangt und habe dort Tür und Fenster gut versperrt. Den andern Tag in der Früh erzählte ich die Geschichte dem Herrn Major und übergab ihm auch die politisch-mathematisch zusammengestellte Tafel, welche ich in der Kanzlei vor den übrigen Schreibern und dem Stabsfeldwebel K. ausdachte. Laut dieser Tafel ist der Verfasser der ganzen Sache der Hauptmann J. S. Ob ich das Übrige, was ich prophezeit habe, de facto geschehen ist, davon können wir uns jetzt schon sehr leicht überzeugen. Ich glaube, man hat davon sogar Kinoaufnahmen gemacht. Ich habe nämlich meinem Schwager davon gesagt und ihn kurz vor meiner Abreise gebeten, die Sache sich angelegen sein zu lassen. Was ich dann gemacht habe, das wissen Sie ganz gut, nehmen Sie nur die Films vor und wenn ich wirklich ein Künstler bin, dann geben Sie mir Zeit und Gelegenheit, daß ich nicht weiter cotus bilde. Ich wollte ja nur beweisen, daß ich der beste „rote Mephisto" bin.

Am 20./3., wenige Stunden nach Beschießung des Spitales, großer



hysterischer Anfall von mehr stündiger Dauer, in unmittelbarem Anschlusse daran schwerer manischer Erregungszustand mit Zügen katatoner Verwirrtheit, der bis zum 26./3. anhält und den Kranken körperlich sehr stark herabbringt; nachfolgend ein Zustand traumhafter Benommenheit, der am 2./4. in vollkommene Bewußtseinsklarheit übergeht. P. gibt folgendes schriftliches Retrospektiv:

„Als ich am 20. November vorigen Jahres verwundet wurde, bekam ich erst nach größerem Blutverluste Hilfe. Ich mußte von Kormanice, wo der Ausfall war, in blessiertem Zustande zu Fuß nach Pikulice ins Spital gehen, wo ich die erste Hilfe bekam. Schon damals habe ich häufig schlaflose Nächte verbracht. Im Festungsspital Nr. 5, wohin man mich transportiert hatte, habe ich infolge der schwachen Kost die verlorenen Kräfte nicht zurückbekommen; hingegen trat Schlaflosigkeit und das Träumen in solch großen Massen auf, daß ich dagegen Brom verlangte, nachdem ich diese Arznei schon vorher im Zivil benützte. Ich bekam selbe nicht und daher wurde mein Zustand täglich schlechter. So gegen Anfang Februar hatte ich fast tagtäglich von Gefechten geträumt und so viel, daß ich manchmal den anderen Tag gar nicht wußte, ob ich diese oder jene Schlacht in wirklichem überlebt oder bloß geträumt habe. So geschah es auch in der Nacht am 19. oder 20. Februar, daß ich die ganze Nacht vom Gefechte und Verrate träumte und in der Früh den genannten Herrn Hauptmann mit Verrat verdächtigte. Ich wurde hierher ins Garnisonspital gebracht, wo ich in den ersten zwei Wochen noch immer geistig nicht ganz klar war, denn ich beschuldete noch immer den Hauptmann mit Verrat. So gegen Mitte März bekam ich in der Nacht einen „Anfall“ und was dann mit mir geschah, weiß ich nicht, nur auf das kann ich mich erinnern, daß ich beiläufig eine Woche „Fieber“ hatte und wie ich von den Wärtern später erfuhr, habe ich während dieser Zeit fast gar nichts gegessen und überhaupt in der Nacht große Unruhe gehabt. Anfangs April besserte sich mein Zustand; ich verbrachte schon bessere Nächte. Jetzt schlafe ich die Nacht beinahe ganz durch, träume sehr wenig und bin davon überzeugt, daß die Geschichte mit dem Hauptmann nur eine fixe Idee war, welche ich infolge eines schlechten Traumes und infolge überreizter Nerven bekam. Jetzt fühle ich mich gut und hoffe, daß ähnliche Gedanken nicht mehr vorkommen werden. Schließlich bemerke ich noch, daß ich vor einem Jahre, daher kurz vor der Mobilisierung, eine Nervenkrankheit (Neurasthenie) mitmachte und vorher niemals geisteskrank war.“

P. blieb bis Ende Mai an unserer Abteilung und hat in der Folge keinerlei Anzeichen einer geistigen Störung geboten. Er gab an, daß er schon seit vielen Jahren an neurasthenischen Beschwerden leide, deshalb wiederholt in Behandlung stand, früher im Leben aber nie an Krampfanfällen gelitten habe.

Die klinische Beurteilung dieses Falles bereitete uns anfangs einige Schwierigkeiten und wir standen eigentlich der Annahme einer Dementia paranoides, bzw. einer Paraphrenie entschieden näher



als der einer psychogenen Psychose; die bei ersterer zu erwartende allmähliche Entwicklung konnte ja vielleicht übersehen worden sein. Der weitere Verlauf brachte volle Klärung; das Auftreten des typischen hysterischen Insultes, das plötzliche Abklingen der psychotischen Erscheinungen, die mangelhafte Erinnerung, die vollkommene Krankheitseinsicht und das Fehlen irgendwelcher Anzeichen einer Geistesstörung während der späteren mehrmonatigen Beobachtung stützen hinlänglich die Diagnose einer hysterischen Psychose, zu deren Entwicklung einerseits die Körperschädigung (wochenlanger Frontdienst, Verwundung, Krankenlager), anderseits das dispositionelle Entgegenkommen Veranlassung gegeben haben.

Fall 20. Der 26jährige Feldjäger J. M. wurde am 24./10. 1914 von zwei Kameraden der Abteilung überstellt mit der Angabe, daß M. gestern früh, als ihre Schwarmlinie durch die Russen unter schwerem Artilleriefeuer gehalten wurde, plötzlich aufsprang, im Schützengraben herumtanzte, jodelte und schließlich gegen die russischen Stellungen laufen wollte.

24./10. Er betritt tanzenden Schrittes das Zimmer, wirft seine Kappe in die Luft, führt Gefechtsszenen auf; so geht er unter Gebärden des Bajonettangriffes mit läppisch-drohender Miene sprungartig auf die einzelnen Kranken los, ruft dabei: „Hurrah, Russ, Russ, Russ!", freut sich, wenn sich die Kranken vor ihm fürchten, tut aber niemandem etwas zuleide. Er spielt mit sichtlichem Vergnügen den „Wauwau", scheint nicht zu hören, läßt sich aber durch Gebärden ziemlich lenken. Er ist in steter Bewegung, verkennt die übrigen Kranken als Russen; seine sprachlichen Äußerungen beschränken sich auf die Worte „Hurrah, Gewehr, Russ".

28./10. Andauernde manische Erregung. Pat. wird ins Gitterbett gebracht, wo er mit dem Bettzeug herumwirtschaftet; läßt man das Gitterbett offen, so springt er sofort heraus und führt die früher erwähnten Angriffsszenen in monotoner Wiederholung aus, stößt hiebei oft bellende Laute aus, sowie immer dieselben Worte: „Hurrah, Russ, Russ, jujujujuhuix." Er befolgt aber sofort durch Gebärden gegebene Aufforderungen, ein sprachlicher Verkehr ist mit ihm unmöglich. Heute gegen abend änderte sich sein Verhalten plötzlich: Er ist vollkommen mutazistisch, liegt regungslos in bequemer Stellung im Bette; auf alle Fragen in Wort und Gebärden schlägt er sich wild an die Ohren und deutet an, daß er nichts höre, weil er ein fürchterliches Sausen in den Ohren habe. Ausgesprochen ängstliche Miene.

31./10. Ängstliche Hemmung dauert an; er besorgt selbst die Nahrungsaufnahme, sowie Harn- und Stuhlentleerung; auf jede Frage deutet er mit Gebärden an, daß er taub und stumm sei.

3./11. Seit gestern wieder manischer Erregungszustand vom Charakter der früheren theatralischen Aufführungen, nur hat ihr Ungestüm etwas nach-



gelassen; er ruft das monotone Hurrah mit fast traurig ängstlicher Betonung, gefällt sich in ständiger Wiederholung verzerrter Salutierübungen.

5./11. Durch Gebärdensprache gut fixierbar; ist wesentlich ruhiger, auch besonnen; er schreibt seinen Namen richtig auf, ist aber zu weiterem schriftlichen Verkehr nicht zu bringen.

9./11. Seit zwei Tagen wieder ausgesprochen manisches Zustandsbild; er führt die Sturmangriffe sehr lebhaft vor, unter lautem Gebrüll: „Hurrah, hurrah, schießen, schießen, Russ . . , Russ . . . jujujuhuix."

10./11. Plötzlicher Übergang in traurig ängstliche Verstimmung mit deutlicher Hemmung; sprachliche Äußerungen fehlen vollkommen, auch auf laute Geräusche keine Reaktion.

15./11. Neuerliche manische Erregung, doch von geringer Intensität; P. begnügt sich mit mutwilligen Scherzen, setzt sich die Kappe des Arztes auf, macht läppische Salutierübungen, begleitet jede Bewegung mit dem Worte „Hurrah", das er in fast klagendem, weinerlichem Tone vorbringt. Die Gebärdensprache faßt er gut auf, bedient sich selbst ganz zweckmäßiger Gesten, die er in der Folge bei gleichen Anlässen beibehält; so macht er die Gebärden des Melkens, wenn er eine Milch haben will.

20./11. Noch leichte heitere Verstimmung, im übrigen ist das Verhalten des P. ziemlich situationsgemäß; der Bewegungsdrang ist entschieden geringer geworden. Er deutet durch Gebärden an, daß er seine Kleider und Rüstung haben wolle, um wieder zur Truppe zu gehen. Sprachliche Äußerung fehlt, er verhält sich wie ein vollkommen Tauber.

30./11. Kindisches, fast läppisches Verhalten; so begrüßt er den Arzt stets mit leutseligem Händeschütteln, zwinkert ihm vertraulich zu. Seine einzige sprachliche Äußerung ist das Hurrah, das jede Gebärde, jede Gefühlserregung begleitet. Winkt man ihn herbei, so folgt er sofort und sagt hiebei: „Hurrah, hurrah;" ereignet sich irgend eine heitere Episode, so lacht er laut auf unter Hurrah; als gestern ein Mann starb, betrachtete er mitleidig den Toten, und klagte „Hurrah". Seine Stimmung ist eine ausgeglichene; er benimmt sich im allgemeinen nicht auffällig, begleitet den Arzt während der Visite, leistet ihm Hilfsdienste und ist zu groben Arbeiten der Abteilung sehr gut verwendbar. Er wird heute an die offene Abteilung versetzt; bemerkenswert ist an ihm eine erhöhte zornige Reizbarkeit.

15./12. Als P. heute als Begleiter bei der ärztlichen Visite zum ersten Male wieder in die gesperrte Abteilung kam, erkannte er sämtliche Kranken wieder, mit denen er früher beisammen war. Er schüttelt ihnen unter freudigem „Hurrah" die Hände, während er an den ihm Unbekannten ohne Gruß vorübergeht.

24./12. Bei der Weihnachtsfeier hat P. eine kindische Freude beim Anzünden des Baumes; er kommt später in leises Weinen, faltet die Hände zum Gebet, murmelt, gleichsam betend, das Wort „Hurrah" immer vor sich hin.

16./1. Als P. heute in der Arrestabteilung des Spitales den Wachposten erblickte, sprang er auf denselben los, wollte ihm das Gewehr



entreißen und war sehr zornig, daß man ihn daran hinderte, deutete durch Gebärden an, daß er demselben ja nichts tun wollte, sondern daß er selbst in den Kampf hinaus gehen wollte. Die gefangenen Russen behandelt er mit großer Verachtung, gibt ihnen zu verstehen, daß sie feige sind, sich im Schützengraben klein machen, mit hochgehaltenem Gewehr schießen, und vor den Österreichern die Hosen voll hätten. Er lacht dann laut über seine derben Gesten, schlägt sich als „tapferer Jäger" an die Brust und brüllt sie mit fürchterlich lautem „Hurrah" an.

20./1. Seine Kenntnisse im Lesen sind offenbar gering, immerhin entziffert er Kurrentschrift, zeichnet über schriftlichen Auftrag die Grenzen seines Heimatkronlandes (Kärnten) auf; als ihm ein Kaiserbild gezeigt wird, nimmt er „Habt acht", salutiert und streichelt das Bildnis.

1./2. Otologischer Befund (Doz. Dr. Bárány): Trommelfell beiderseits normal, kein spontaner Nystagmus, kalorische Reaktion beiderseits normal; anscheinend beiderseits total taub (zentral?). P. zuckt mit den Augenlidern beim Lärmapparat am Ohr (plötzliches Einsetzen des Lärmes).

28./2. Die Erforschung der Anamnese bereitet große Schwierigkeiten, da P. des Schreibens nur sehr mangelhaft kundig und andauernd akustisch nicht ansprechbar ist. Er schildert unter sehr lebhafter Gemütserregung und Gebärdensprache, wie er als kleines Kind von seinem Vater mißhandelt worden sei. Ungemein lebendig und theatralisch stellt er die letzterlebten Gefechtsszenen dar. Er zeichnet zunächst mehrere Bäume auf und dazwischen Granateinschläge; dann wirft er sich mit brutaler Gewalt auf den Boden, imitiert unter lautem Hurrah das Heulen des daherkommenden Geschosses und den Explosionsknall, demonstriert, wie er sich hinter einen Baum geflüchtet und dann zum Sturm vorgegangen sei. Er versteht sämtliche geschriebenen Fragen gut.

20./3. Die gestrige und heutige Beschießung des Spitales geht an P. spurlos vorbei, obwohl der kaum 30 Schritte von uns entfernte interne Pavillon einen Volltreffer aus schweren Schiffsgeschützen erhielt. P. hörte offenbar den Explosionsknall nicht, wovon wir uns auch später bei Sprengung der Festungsanlagen überzeugen konnten. Er ging wie sonst seiner Beschäftigung ruhig nach, zeigte kein Verständnis für den Ernst der Situation und für die durch den Fall der Festung geänderte Lage (Übernahme des Spitales in russische Verwaltung, häufiger Besuch russischer Ärzte); er bezeigt nach wie vor den Russen mit nicht mißzuverstehenden Gebärden seine Verachtung.

14./4. P. schläft heute sehr unruhig, schreit öfters auf; aber auch im Schlafe sprach er nie andere Worte als „Hurrah". Die Affekterregbarkeit ist sichtlich gesteigert, wie dies auch in den übermäßigen Bezeigungen der Freude wie des Zornes hervortritt.

14./5. P. zeigt bei aller Verwendbarkeit andauernd ein kindisches, ja läppisches Verhalten, wie dies am besten sein häufiges Salutieren ohne Mütze, das stete Händeschütteln dem Arzte gegenüber, die Freude an dummen Scherzen, die Art mancher seiner Gebärden demonstrieren. Er gibt seine Personalien richtig an; zeitlich ist er nach der Jahreszeit



ungefähr orientiert, den Aufenthaltsort vermag er nicht anzugeben. Als ihm „Przemysl" aufgeschrieben wird, lacht er und gibt zu verstehen, daß er diesen Ort nicht kenne, ebenso wie er von einer Belagerung und dem Falle der Festung, der Besetzung durch die Russen nichts wissen will. Seine Rechenkenntnisse sind sehr gering, er addiert einstellige Zahlen mit Hilfe der Finger.

24./5. Als dem Kranken erklärt wird, daß die Unseren nun Przemysl beschießen, es den Russen schlecht gehe und daß er wieder ins Feld hinaus kommen werde, gerät er in einen wahren Freudentaumel, vollführt wieder seine alten sprungartigen Angriffsbewegungen und gibt zu verstehen, daß er die Russen nacheinander niederschießen werde; dasselbe Spiel wiederholte sich einige Tage später, als wir P. die Einschläge unserer schweren 30·5-Mörser zeigten, deren Explosionsknall (in einer Entfernung von etwa 6 bis 7 *km*) er nicht wahrnimmt.

29./5. Sein kindisches Wesen bessert sich wesentlich, er vermeidet in der Gebärdensprache das Läppische und Unzweckmäßige, erscheint im ganzen etwas stiller und ruhiger; auch das Wort „Hurrah" gebraucht er viel seltener. Seine Taubheit ist unverändert, er hört die täglich in der Nähe des Spitales einschlagenden Granaten, auch schweren Kalibers, nicht.

Am 31./5. gerät P. infolge eines Mißverständnisses mit einem Unteroffizier in einen Wortwechsel, in dessen Verlauf er in heftigem Zorn ein Tragbrett samt gefüllten Eßschalen auf den Boden hinwirft; er wird dabei blaß im Gesicht, zittert am ganzen Körper, stürzt sich auf den Unteroffizier und will ihn erwürgen. Auch in diesem maßlosen Zornaffekt bringt er nur „Hurrah" hervor.

Am 1./6. vormittags wird P. an den Ohrmuscheln — die übrigens für Nadelstiche sich als unempfindlich erwiesen — mit schwachem Strom faradisiert; wenige Stunden hernach meldet ein Kranker, daß P. den Knall einer in der Nähe explodierenden Granate gehört habe; nach nochmaligem Faradisieren (nachmittags) versteht P. bereits laut gesprochene Worte und am 2./6. bei der Morgenvisite kam er bereits mit leiser Stimme gegebenen Befehlen prompt nach. Am 2./6. nachmittags wurde ich verständigt, daß P. soeben die ersten Worte gesprochen habe. Als ich dann ins Zimmer kam, ging er auf mich zu mit den etwas langsam, aber keineswegs stotternd vorgebrachten Worten „Herr Oberarzt, ich kann wieder sprechen und höre alles; was das mit mir war, ich weiß es nicht, ich kenne mich nicht aus;" er machte anfangs noch beim Sprechen Mitbewegungen (verlegenes Reiben der Hände), auch fühlte er sich offenbar nicht recht sicher, ob er nach der Schrift oder im Dialekt sprechen sollte. Die kindisch-läppischen Gebärden waren von nun ab vollkommen verschwunden; P. war ganz erstaunt, sich in Przemysl zu befinden. Er orientierte sich auch zeitlich sehr rasch, Die letzten Ereignisse, an die er sich vollkommen klar erinnern könne, seien die Kämpfe an der Magiera gewesen; es habe ein fürchterliches, russisches Artilleriefeuer tagelang auf unseren Stellungen gelegen und zahlreiche Granaten wären in nächster Nähe explodiert. Er könne sich dunkel an

den Befehl erinnern, Wasser zu holen, sowie daran, daß in diesem Momente neben ihm eine Granate eingeschlagen habe; was dann später sich ereignet habe (Transport hierher, Aufnahme usw.), wisse er nicht mehr. Er könne sich noch an Einzelheiten erinnern, so an Dr. **Formanek**, an die Weihnachtsfeier, an den Streitvorfall mit dem Korporal in den letzten Tagen, doch habe er hiefür nur eine traumhafte Erinnerung. Daß er in Przemysl sei, daß die Festung in russische Hände gekommen sei, dies alles habe er erst jetzt erfahren; er könne sich erinnern, daß er manchmal sprechen wollte, aber nicht konnte, ferner. daß er ein fürchterliches Sausen und Hämmern in den Ohren hatte und vollkommen taub gewesen sei. Für seine Angriffsbewegungen, sein ständiges „Hurrah“ fehlt ihm jede Erinnerung.

3./6. P. ist psychisch vollkommen frei, beteiligt sich mit großer Freude am Abzuge der Russen, dem Einmarsch der unsrigen und deutschen Truppen. Er gibt eine ausführliche Anamnese. Er sei ein lediges Kind; es ist ihm über hereditäre Verhältnisse nichts Bestimmtes bekannt. Er habe in der Schule sehr schwer gelernt; sei mehrmals sitzen geblieben, habe mit 13 Jahren ein „Kopffieber“ mitgemacht. Im Alter von 16 Jahren Hufschlag auf den Kopf und mehrtägige Bewußtlosigkeit. Er habe als Bauernknecht an verschiedenen Orten gearbeitet, mit 24 Jahren als Ersatzreservist bei Feldjägern gedient und sei mit Kriegsausbruch bei seiner Truppe eingerückt. Seine Schulkenntnisse im Schreiben, Lesen, Rechnen sind recht dürftig, auch sein späteres Erfahrungswissen hält sich in sehr engen Grenzen, Auffassung, Gedächtnis, Urteilskraft kommen durchschnittlichen Anforderungen nicht nach. P. bleibt bis 15./6. an der Abteilung und wird dann seinem Kadre behufs Superarbitrierung überstellt. — Laut Nachricht vom 16./5. 1917 wurde P. vom Militärdienste dauernd enthoben und versieht gegenwärtig landwirtschaftliche Arbeiten in seiner Heimat; Anzeichen einer geistigen Störung sind in der Folge bei ihm nicht mehr beobachtet worden.

Von allen beobachteten Dämmerzuständen beansprucht wohl dieser Fall unser besonderes Interesse. Gehen wir zunächst dem ätiologischen Momente nach, so finden wir einerseits als exogenen Faktor neben dem nervösen Aufbrauch infolge des mehrtägigen, auch körperlich anstrengenden Gefechtes das unmittelbar auslösende Ereignis einer Granatexplosion, die in der Nähe des Kranken erfolgte, anderseits als endogene Disposition eine Imbezillität leichteren Grades mit gesteigerter Affekterregbarkeit. Das klinische Bild, das der Kranke in den ersten Tagen seines Hierseins bot, schien zunächst einem manischen Symptomenkomplex mit Verwirrtheit zu entsprechen, so daß wir auch den Fall so auffaßten, zumal uns damals keine Anamnese zur Verfügung stand und auch unsere psychiatrischen Erfahrungen im Kriege noch sehr dürftig waren. Als der delirante



Erregungszustand, dessen Einförmigkeit auch an einen katatonen Symptomenkomplex denken ließ, von der er sich allerdings schon durch eine gewisse Beeinflußbarkeit unterschied, abgelaufen war, wurde die „Taubstummheit" immer erkennbarer, wenngleich es sich um keine vollkommene Stummheit handelte, sondern um eine hochgradige Einschränkung des Wortschatzes auf wenige Worte, von denen schließlich nur das Wort „Hurrah" überblieb, das in recht bizarrer Weise sämtliche Gebärden des Kranken in verschiedenen, der Situation angepaßten Modulationen vorgebracht begleitete. Das Bild erinnerte einigermaßen an eine motorische Aphasie mit erhaltenen Wortresten, wobei freilich gerade der letzterwähnte Umstand, die Anpassung der Modulation, in welcher das einzige dem Kranken zur Verfügung stehende Wort vorgebracht wurde, an die jeweilige Situation nicht der Monotonie, in der Wortreste motorisch-aphasischer produziert zu werden pflegen, entsprach. Ein hervorstechender Zug im weiteren Verlauf war das kindisch-läppische Verhalten des Kranken, das andauernd die Situation beherrschte. Das inhaltliche Gepräge des klinischen Bildes, insbesondere der manischen Erregungszustände läßt Beziehungen zur auslösenden Gemütserregung klar erkennen; dabei können wir annehmen, daß die kindisch-läppische Färbung mit der originären Unzulänglichkeit im Zusammenhange stand, wie wir Ähnliches auch in einem früheren Fall (Fall 18) beobachten konnten. Bemerkenswert ist die ungewöhnlich lange Dauer — über sieben Monate! — des Dämmerzustandes und sein fast plötzlicher Übergang zum klaren Bewußtsein. Wenn sich auch in den letzten vier bis fünf Tagen bereits eine l e i c h t e Aufhellung der Bewußtseinstrübung bemerkbar machte, die durch die akute Gemütserregung — unverhältnismäßig hochgradiger Zornaffekt aus geringfügigem Anlasse — gefördert worden zu sein scheint, so ist doch die wesentliche Veränderung im Zustande des Kranken, sowohl seines psychisch-infantilen Verhaltens wie der Taubstummheit erst unmittelbar nach der eingeleiteten faradischen Behandlung, die unter verbaler (schriftlicher) Suggestion vorgenommen wurde, eingetreten; ich bekenne ohneweiters, daß wir in diesem Falle vermutlich eine Unterlassungssünde begangen haben. Hätten wir die Faradisierung sofort nach Ablauf der ersten Erregungszustände angewendet, so wäre uns vielleicht schon damals derselbe Erfolg beschieden gewesen; aber das eigenartige psychische Gepräge des Falles, das uns, wie bereits erwähnt, auch anfangs diagnostische



Schwierigkeiten schaffte, ließ uns nicht auf diesen Gedanken kommen. Daß es sich tatsächlich um einen psychogenen Dämmerzustand handelte, bedarf wohl keiner weiteren Begründung: die plötzliche Entwicklung des Zustandsbildes im Anschluß an das gefühlsbetonte Erlebnis, die inhaltliche Beziehung zu letzterem, die somatischen Erscheinungen, die plötzliche Aufhellung, die Wirkung der Suggestivtherapie, die unvollständige Amnesie sind hinlängliche Beweise hiefür.

Wir sehen, die klinische Erscheinungsform der geschilderten Dämmerzustände ist eine sehr mannigfaltige: Halluzinatorische Angstzustände mit Erregung oder Stupor, manischer Symptomenkomplex, delirante Verworrenheit, einfache traumhafte Benommenheit, katatone Bilder beherrschen zum Teil andauernd die Situation, zum Teil stehen sie in jähem und öfterem Wechsel miteinander; allen gemeinsam ist vor allem die ganz ausgesprochene inhaltliche Färbung durch bestimmte Affekterlebnisse, bzw. allgemeine Kriegsereignisse. Was als „Kriegspsychose" imponieren könnte — die Annahme einer spezifischen Kriegspsychose wird ja mit Recht allenthalten abgelehnt —, wären am ehesten solche psychogene Dämmerzustände, namentlich jene kurzdauernden manischen und ängstlich-depressiven Erregungen mit theatralischer Wiedergabe der Schlachteindrücke. Cimbal hat von einer Gefechtspsychose des Stellungskampfes gesprochen, wobei die Soldaten plötzlich aus dem Schützengraben springen und blindlings zwecklos gegen den Feind losstürzen; ich habe derartige Fälle während des Stellungskampfes später gesehen, aber ebenso häufig auch im Bewegungskriege, so bei den Rückzugskämpfen im Sommer 1914, während der Schlacht an der Magiera (Oktober 1914) und bei Ausfällen der Besatzung Przemysls. Es handelte sich hiebei, wie wir bereits an der Hand mehrerer eigener Beobachtungen (14, 20) zeigen konnten, sehr häufig um psychogene Dämmerzustände (meistens manisch gefärbte Erregungs- und Verwirrtheitszustände).

Wie wir schon in Besprechung der exogen-pathogenen Faktoren hervorgehoben haben, lassen sich in allen unsern Fällen seelisch wirksame Noxen auffinden, teils bestimmte akute Affekterlebnisse (Granat- bzw. Schrapnellexplosionen, Ausharren im Granatfeuer, Gefechtsszenen), teils mehr chronisch-emotionelle Spannungen (Kriegsstrapazen, Mobilmachung, Kriegskomplex); die Mitwirkung einer mechanischen Erschütterung (Granatexplosion) hätte nur in

zwei Fällen in Betracht kommen können. Aus dem klinischen Bilde unserer Fälle läßt sich ein bestimmter Hinweis auf den Charakter des auslösenden psychischen Agens im allgemeinen nicht feststellen; wir finden dieselben Formen der Dämmerzustände bei verschiedenen Anlässen, sowohl bei den verschiedenen akuten psychischen Traumen wie bei den persistenten, affektbetonten Vorstellungen. Wohl kann die inhaltliche Färbung des Bildes im einzelnen Falle das Ausgangserlebnis reproduzieren oder wenigstens eine ungefähre Darstellung desselben geben; doch haben wir an den klinischen Einzelbildern absolut keine unterscheidenden Anhaltspunkte dafür gewinnen können, ob jemand infolge der Fxplosion einer Granate oder eines Schrapnells in unmittelbarer Nähe (Granatkontusion) erkrankte, oder dadurch, daß er lediglich unter dem Eindruck des Artilleriefeuers stand. Wir sahen ferner die gleichen Zustandsbilder wie nach „Granatexplosion“ auch bei Soldaten, die überhaupt noch nicht an der Front waren, z. B. bei Mobilmachungsfällen. So machte ein 30jähriger Trainsoldat während des Aufmarsches nach Galizien einen mehrtägigen Dämmerzustand durch, der mit Rücksicht auf die psychopathische Konstitution des Mannes, auf die somatischen Begleiterscheinungen, die Beeinflußbarkeit der psychotischen Symptome durch die Umgebung nur als psychogen, bzw. hysterisch anzusprechen war und dabei durchaus in der Gesamterscheinung des Zustandsbildes sich den oben mitgeteilten Fällen anreiht. P. hielt die andern Kranken für Russen, halluzinierte Gewehrfeuer, Kanonendonner, sah explodierende Schrapnells am Himmel, Aufschläge von Fliegerbomben, getötete und verstümmelte Soldaten usw., obwohl er noch gar nicht im Kampfraum gewesen war! Es wird uns auch nicht wundern, wenn ein Mobilmachungsfall im Dämmerzustande ein „Schlachtenerlebnis“ aufführt; eine timide ängstliche Natur wird durch die Vorstellungen all der gehörten oder gelesenen grausigen Ereignisse des Kampfes, die drohende Gefahr der Tötung, Verstümmlung aus dem affektiven Gleichgewicht gebracht und es kann ohneweiters bei der pathologischen Fixierung der Affekte auch der Inhalt der stets gehegten Befürchtungs- und Schreckvorstellungen im klinischen Bilde zum Ausdrucke kommen. Aus demselben Grunde werden wir auch gegenüber der Anerkennung einer sogenannten Schreckpsychose, insoferne sie als Folge einer bestimmten akuten Schädigung betrachtet wird, uns ablehnend verhalten müssen, da, wie uns unsere Fälle lehren, wir dieselben Symptomenkomplexe sowohl nach akuten psychischen



Traumen wie ohne bestimmte äußere Veranlassung auf dem Boden einer mehr chronischen Gemütserregung und ideogener Faktoren (Befürchtungs-, Begehrungsvorstellungen) sich entwickeln sehen. Schmidt hat Psychosenfälle nach Minensprengungen und schwerkalibrigen Granatexplosionen mit Verschüttung beschrieben, wobei es sich, wie der Autor selbst ausführt, um der akuten Kommotionspsychose nahestehende, Korsakow ähnliche psychische Störungen handelte, wie wir sie mehrere Male bei Kopfschüssen mit zerebraler Kommotion beobachtet haben und denen wir wohl eine materielle anatomische Grundlage zugestehen; sie gehören in das Gebiet der Kommotionspsychosen, bzw. Neurosen (Hartmann, Schröder, Berger, Horn) und sind sowohl wegen ihrer mechanischen Genese und ihrer eigenartigen, einförmigen klinischen Charakteristik — amnestische Komplexe — von den psychogenen Krankheitsformen zu trennen, wie dies u. a. Bonhöffer bereits klar und deutlich ausgesprochen hat.

Nur in etwa der Hälfte unserer Fälle war eine endogene Disposition nachweisbar, hievon in vier Fällen eine hysteropathische Konstitution, deren Eigenart auch in den aufgetretenen Dämmerzuständen zum Ausdrucke kam. Wir sahen aber auch in andern Fällen hysterische Züge, sowohl hinsichtlich der psychotischen Symptome wie im Vorhandensein hysterosomatischer Erscheinungen ausgeprägt; ob die Kriegsereignisse allein den konstitutionellen Boden schaffen können, auf dem sich die psychogene Reaktion entwickelt, diese Frage muß offen bleiben; die größere Wahrscheinlichkeit spricht dafür, daß auch bei nicht nachweisbarer Konstitution es sich da um eine solche konstitutionelle Schwäche gehandelt hat und werden uns wir nicht ohne weiteres entschließen, anzunehmen, daß bei einem konstitutionell vollwertigen Gehirn ähnliche Reaktionen möglich wären. Daß eine von Haus aus bestehende ausgesprochenere nervöse Veranlagung ein besonders günstiges Feld für das Zustandekommen und für die Fixierung psychogener Reaktionen abgibt, ist natürlich, ebenso wie auch ihr nachteiliger Einfluß auf die Dauer der Erkrankung in mehreren unseren Beobachtungen klar zu erkennen ist; ich verweise nur auf die Fälle der protrahierten Dämmerzustände (Beobachtung 17 bis 22), wo je zweimal eine hysteropathische und einmal eine oligophrene Komponente mitwirkten, deren Eigenart auch im Symptomenbilde hervortrat. Von hysterischen Psychosen im engeren Sinne werden wir nur bei jenen Fällen sprechen, die — gleichgültig, ob eine hysteropathische Konstitution bereits früher manifest war



oder nicht — in ihren klinischen, psychischen und somatischen Erscheinungen als solche zu bezeichnen sind; ich verweise nach dieser Richtung auf die Besprechung der depressiven Zustände und der einzelnen Formen der Dämmerzustände im Anschlusse an die Einzelbeobachtungen. Ihre Abgrenzung außerhalb der allgemeinen Gruppe der psychogenen Geistesstörungen ist oft schwierig, ja manchmal kaum durchführbar und in vielen Fällen nur durch den Nachweis hystero-somatischer Symptome möglich. In allen Fällen von psychogenen Dämmerzuständen kurzweg von Hysterie zu sprechen, kann ich nicht für richtig halten, stehe vielmehr in Hinweis auf die eingangs dargelegten Ausführungen auf dem Standpunkt der weiteren Begriffsfassung der Psychogenie, unter die wir die der Hysterie zugehörigen Fälle unterordnen.

Die Differentialdiagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein und der Schizophrenie bietet bei Betrachtung des gesamten Verlaufes unserer Fälle ja keine weiter zu erörternden Schwierigkeiten; solche kommen freilich gar nicht selten bei Beurteilung des gegebenen klinischen Momentbildes in Betracht, das, wie mehrere Fälle zeigen, mit den genannten endogenen Prozessen oft eine täuschende Ähnlichkeit haben kann. Bei den manisch gefärbten psychogenen Erregungszuständen weisen die plötzliche Entstehung, die Desorientiertheit, die ausgesprochene Kriegsfärbung, die Beeinflußbarkeit des Kranken durch die äußeren Eindrücke, der eventuelle Nachweis hysterischer körperlicher Begleiterscheinungen auf den psychogenen Charakter hin. Schwierigkeiten bieten namentlich jene Fälle, die ohne jede Anamnese vom Felde direkt überstellt werden. Lehrt uns auch die Kriegserfahrung, daß es sich hiebei fast stets um psychogene Zustände handelt, das manisch-depressive Irresein im allgemeinen zu den eher seltenen Psychosen im Kriege gehört, so wird man sich immerhin einzelner manisch-depressiver Fälle zu erinnern haben, die ebenfalls eine psychogene Beeinflussung, eine Kriegsfärbung, sowie Züge von Verwirrtheit aufweisen, so daß erst der weitere Verlauf, die Anamnese uns die entscheidende Klärung bringen. Gegenüber der Schizophrenie ist als unterscheidend hervorzuheben das Erhaltensein der psychischen Persönlichkeit, die Übereinstimmung zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt, die inhaltlichen Beziehungen zum Ursprungserlebnis, die Abhängigkeit von äußeren Vorgängen. Nicht in allen Fällen sind aber diese kennzeichnenden Merkmale deutlich ausgeprägt. Raecke spricht von hysterischen





und katatonen Situationspsychosen, von länger oder kürzer dauernden Zustandsbildern, die sich im Anschluß an ein Affekterlebnis bei zwei durchaus verschiedenen Krankheitsarten entwickeln. Nach Bonhöffer läßt sich bei der hysterischen Psychose das Krankheitsbild auf einen innerlich einheitlichen Prozeß zurückführen mit deutlich emotivem Kern und der Berechnung auf die Umgebung im Gegensatz zur Abkehr der Schizophrenen von der Mitwelt; Bonhöffer führt aber des weiteren aus, daß auch bei Hysterie eine Inkongruenz von Affekt und Vorstellungsinhalt durch das Auftreten kontrastierender Affekte sich ergeben kann und auch die Art psychomotorischer Erscheinungen die Beurteilung erschwert, während wir anderseits wiederum psychogene Momente, Suggestibilität bei schizophrenen Zustandsbildern finden können. E. Meyer bemerkt zur Arbeit von Raecke, daß die Differentialdiagnose der psychogenen Reaktionen gegenüber ähnlichen Bildern der Dementia praecox nicht aus dem Nachweis des affektiven Ausgangserlebnisses zu stellen ist, da nur das klinische Bild über die Grundkrankheit Aufschluß zu geben vermag. Gerade manche unserer Fälle von psychogenem Stupor mit katatonen Erscheinungen (Grimassieren, Katalepsie, Verbigeration, Mutismus, Negativismus) klärten sich erst nach längerer Beobachtung und es war ihre Beurteilung gegenüber Schizophrenie in der ersten Zeit oft recht unsicher. Was die Absonderung gegenüber der Epilepsie anlangt, so spricht, abgesehen von dem Auftreten hysterischer Zustände im Anschlusse an ein gemütliches Trauma, wobei eine inhaltliche Beziehung zu diesem erkennbar ist, abgesehen von der theatralischen Färbung des Affektes, der Beeinflußbarkeit der Bilder durch die Umgebung, dem Vorhandensein hysterosomatischer Erscheinungen, auch ein remittierender Verlauf sowie allmähliches Abklingen des Zustandsbildes, eine nicht so vollkommene Amnesie mehr für Hysterie. Wenn diese Kennzeichen auch für die Mehrzahl der Beobachtungen hinreichen, so bleibt noch eine Gruppe von Fällen übrig, die mit der Epilepsie gemeinsame Merkmale aufweisen und deren klinisch-diagnostische Sicherstellung Schwierigkeiten bereiten kann. Wir wissen aus unseren eigenen Kriegserfahrungen, daß sowohl epileptische Krampfanfälle wie epileptische Dämmerzustände in unmittelbarem Anschluß an ein affektbetontes Erlebnis auftreten können, und zwar handelte es sich hiebei keineswegs immer um Fälle von sogenannter Affektepilepsie, sondern um typische chronische Epilepsie, ferner wissen wir, daß auch die Epilepsie psychogene Züge



in ihren psychischen sowohl wie somatischen Äußerungen gelegentlich darbieten kann. Anderseits lernten wir kurzdauernde psychogene Dämmerzustände mit hochgradiger tobsuchtähnlicher Erregung kennen, die durch die äußere Umgebung nicht beeinflußbar waren, sich kritisch lösten und mit vollkommener Amnesie einhergingen; auch die inhaltliche Einstellung auf das auslösende Ereignis, der Kriegsinhalt, spricht nicht unbedingt für die Psychogenie, da wir ihn auch bei epileptischen Dämmerzuständen ab und zu gesehen haben. In derartigen Fällen wird eine sorgfältige Anamnese die Grundkrankheit feststellen können; wir konnten bei unsern Fällen nachweisen, daß in der weitaus größeren Mehrzahl der sicher epileptischen Psychosen epileptische Antezedenzien erhebbar waren.

Die Prognose der psychogenen Dämmerzustände ist günstig, wir haben mit Ausnahme nur weniger Fälle die Kranken wochen- und monatelang beobachten können und in keinem einzigen Falle die Wiederkehr eines Dämmerzustandes beobachtet, obwohl die Kriegssituation — Belagerung, Beschießung des Spitales — gewiß kein günstiges Milieu genannt werden kann. Auch bezüglich der nervösen Konstitution, die nach Ablauf der akuten psychischen Störung in einem Teil der Fälle noch nachweisbar war, namentlich bezüglich der neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen auf körperlichem Gebiete, die in einigen Fällen längere Zeit anhielten, ist nach unseren Erfahrungen die Prognose als günstig zu betrachten; zur Ausbildung dauernder somatischer Störungen ist es in keinem Falle gekommen.

In therapeutischer Hinsicht haben uns mehrere Kriegsfälle gelehrt, daß wir, wie bei den Neurosen, auch bei den psychogenen Geistesstörungen ausgiebig Gebrauch von der Psychotherapie machen sollen. Daß eine Suggestivtherapie auch nach wochen-, ja monatelangem Bestande der physischen Erkrankung noch von vollem Erfolg gekrönt sein kann, zeigen uns die Beobachtungen 17 und 20, wo sowohl die psychischen wie somatischen Erscheinungen durch milde faradische Behandlung nach einer, bzw. zwei Sitzungen behoben wurden. Man wird dadurch in manchen Fällen nicht nur die Dauer des psychotischen Zustandes abkürzen, sondern auch die Entwicklung, bzw. ein längeres Verweilen somatischer Störungen verhindern können. Was die Wahl der Art und des Zeitpunktes der anzuwendenden Suggestivtherapie betrifft, so gilt hiefür im allgemeinen derselbe Standpunkt wie bei den Neurosen; akut entstandene „frische“ Fälle



wird man in den ersten Tagen nach der Aufnahme am zweckmäßigsten sich selbst überlassen, ebenso wie man in der Regel den spontanen Ablauf der Erregungszustände abwarten wird, bevor man sich zu einem aktiven Eingreifen entschließt.

Die Frage der Dienstbeschädigung kommt bei den psychogenen Geistesstörungen, insofern es sich um vorübergehende Erkrankungen handelt, nicht in Betracht; bezüglich verbleibender psychisch-nervöser Erscheinungen gelten dieselben Maßnahmen wie bei den Neurosen.

Die Wiedereinstellung von Soldaten mit abgeheilten psychischen Störungen zum Frontdienste ist mit Rücksicht auf die mögliche, bzw. wahrscheinliche Wiederkehr derartiger Zustände nach kürzerem oder längerem Dienste nicht zu empfehlen, schon im Hinblick darauf, daß solche Kranke in einem Erregungszustand für sich, wie für die Umgebung eine ganz eminente Gefahr bilden können; hingegen kann, wie unsere Erfahrungen an selbst schweren Fällen zeigen, nach Heilung des akuten Zustandsbildes unbedenklich Garnisons-, bzw. Etappendienst vorgeschlagen werden.

Referate.

Bing Robert: Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien 1917.

Für Neurologen und Nichtneurologen bestimmt, ist das nunmehr mit 97 z. T. mehrfarbigen Abbildungen schön ausgestattete, von 208 auf 235 Seiten vergrößerte Büchlein in der Anordnung des Stoffes nicht verändert, doch wurden einzelne Kapitel, so Kleinhirn, Sehstörungen, besonders durchgreifend neu bearbeitet; die Tabellen zur Segmentdiagnose sind nach dem neuesten Stande unseres Wissens korrigiert, eine erweiterte Reihe von Symptomen und Syndromen topisch diagnostisch gewürdigt. Das handlich gebliebene Kompendium ist als rasch orientierender sicherer Berater zu empfehlen.

Isserlin M.: Über psychische und nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1917.

Das 10. u. 11. Heft aus dem 16. Bande Würzburger Abhandlungen beschäftigt sich mit der Neurasthenie, der Schreck- oder (wie Isserlin schreibt) Schockneurose, hysterischen Zuständen. Oppenheims Lehre von der traumatischen Neurose wird abgelehnt. Da sich die Rentenkrankheiten mehren, ist eine der wichtigsten Aufgaben der nervenärztlichen Behandlung und Begutachtung, ihnen durch zweckmäßiges Handeln zu begegnen. Die psychopathischen Zustände und die Psychosen im Kriege werden gestreift; Verfasser trennt die affekt-epileptischen Anfälle von den echt epileptischen; er berichtet über systematische Arbeitsversuche bei Kriegsteilnehmern und bringt eine Anzahl von Kurven über die Ergebnisse. Bemerkungen über Prognose und Therapie bilden den Beschluß.

Becker Werner H.: Psychotherapie in Irrenanstalten. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1917.

Das 4. Heft des 17. Bandes Würzburger Abhandlungen. Verf. sammelt, was alles an bewußter und beabsichtigter einerseits, an unbewußter, älteren und erfahrenen Kollegen bei gemeinschaftlichen

Visiten abgelauschter Psychotherapie andererseits bereits Gemeingut der modernen Irrenheilkunde geworden ist, auch wenn die Psychotherapie als solche dem ausübenden Arzte gar nicht so recht zum Bewußtsein gekommen. Über einzelne, durch Autorennamen charakterisierte Methoden der Psychotherapie geht B. um so leichter hinweg, als im Einzelfalle doch meist der psychologische Instinkt des Arztes zu entscheiden hat.

Révész Béla: Geschichte des Seelenbegriffes und der Seelenlokalisation. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1917.

Verf. beleuchtet das Seelenproblem in Altertum, Mittelalter und Neuzeit, sucht die Berührungspunkte, in welchen sich die Lehren vom Wesen der Seele mit den Geistesströmungen ihrer Zeit treffen. Nicht nur die Meinung von Philosophen und Psychologen kommt zu Wort, sondern auch jene von Ärzten, die sich mit dem Seelenproblem befaßt haben, wodurch die Geschichte dieses Problems auch von biologischer Seite beleuchtet wird.

Am Ende der Revue über die Entwicklung des Seelenbegriffes und der Seelenlokalisation erörtert R. noch die Frage, ob sich in den Tausenden von Jahren irgend ein leitendes Prinzip entdecken läßt. Seele nennt er die Gesamtheit der innerlichen Tatsachen, die Geschehnisse in unserem Bewußtsein, also Empfinden, Fühlen, Denken, Erwägen, Wollen, Handeln, oder wie Pfänder sagt, die seelische Wirklichkeit im Gegensatz zur materiellen Wirklichkeit. Das heutige psychologische Wissen gestattet das Gehirn als Vorbedingung, nicht aber als den Ort des psychischen Geschehens zu betrachten. Alle weiteren Fragen, namentlich über Ursprung und Zukunft der Seele müssen der Theologie oder der Spekulation überlassen bleiben.

Augstein, Dr. C.: Medizin und Dichtung, die pathologischen Erscheinungen in der Dichtkunst. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1917

Das vorliegende, recht gefällig geschriebene Büchlein ist aus Vorträgen entstanden, welche Verf. vor Jahren in der literarischen Abteilung der deutschen Gesellschaft für Kunst und Wissenschaft in Bromberg gehalten, daher allgemeinverständlich, nicht für den Spezialisten bestimmt. Das Thema gliedert sich in fünf Abschnitte: Wie große Dichter über ärztliche Wissenschaft und ihre Vertreter urteilen. — Dichterische Darstellung des Sterbens, der Krankheit und des Wahnsinns. — Dichterische Darstellung psychopathischer Personen. — Pathologische Persönlichkeiten unter den Dichtern. — Die Suggestion im Leben und in der Dichtung.

Hens, Dr. S.: Phantasieprüfung mit formlosen Klecksen bei Schulkindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken. Zürich, Speidel & Wurzel, 1917.



Sonderabdruck einer Inauguraldissertation, aus der Klinik Bleuler stammend. Versuchspersonen waren 1000 Schulkinder, 100 Normale und 100 Geisteskranke. Die Versuchsergebnisse werden vom Verf. nach allen Richtungen eingehend erörtert, und bestätigen viele Erfahrungstatsachen. Vermerkt sei speziell, daß die Geisteskranken sich in der Deutung der Kleckse nicht so von den Gesunden unterscheiden, daß man daraus auf Geisteskrankheit schließen könnte; wesentlich sind nur die Unterschiede in der Auffassung des Experiments und in der Reaktion auf dasselbe. Verf. gibt Anregungen, wie man event. mit Aussicht weiter experimentieren könnte. Acht Kleckse, die sich besonders bewährten, sind dem schön ausgestatteten Hefte auf Tafeln beigegeben.

Remnitz, Dr. M. v.: Das Weib und seine Bestimmung. Ein Beitrag zur Psychologie der Frau und zur Neuorientierung ihrer Pflichten. München, Ernst Reinhardt, 1917.

Indem Verf. die Literatur der Frauenfrage durchblättert, wundert er sich, wie wenig die Verschiedenheit der Geschlechter in bezug auf die geistigen Fähigkeiten betont wird. Meist ist von einer Minderwertigkeit der Frau oder von einer Gleichheit mit dem Manne die Rede. In beiden Fällen wäre natürlich wenig Anlaß, an der bisherigen Arbeitsteilung zu rütteln. Die eingehende Beschäftigung mit der Verschiedenheit der Geschlechter läßt aber ahnen, wie viel sich die Familie und der Staat entgehen lassen dadurch, daß sie nur einige wenige Fähigkeiten des Weibes verwerten. Gerade dieses Studium schützt auch vor „Mißbrauch" der Frauenkraft, wie er unvermeidlich ist bei jener Erweiterung der weiblichen Arbeitsgebiete, die sich lediglich aufbaut auf dem Ideal der Gleichberechtigung der Geschlechter.

In allgemeinverständlicher Weise erörtert v. R. die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung über weibliche Eigenart, wobei er die Widersprüche, namentlich der psychologischen Forschung, beklagt. Er selbst entwirft ein recht freundlich anmutendes Bild aller Funktionen des weiblichen Seelenlebens.

Der 3. Hauptteil des Werkes bringt die Anwendung der von ihm zusammengefaßten Forschungsergebnisse auf Entwicklung und Betätigung der Frau, im einzelnen ausgearbeitet, mit vielen feinen Bemerkungen über Neuorientierung. Ein Beispiel: Wenn Politik wirklich nichts anderes sein kann als das, was der Mann aus ihr gemacht hat, dann müssen wir es aufrichtig bedauern, unserem Gerechtigkeitsgefühl nachzugeben und die Frau zur Politik zu rufen. Der „heilige Egoismus", der sich beim Manne so glücklich mit den männlichen Tugenden verbindet, bedeutet bei der Frau eine verkümmerte Mütterlichkeit und der Kampf um die Macht, der aus dem Mann die fruchtbarsten Taten lockt, kann weibliche Eigenart eher verzerren als entwickeln.... Die Frau könnte dank ihrer altruistischen Tendenzen die Rechte aller vor Augen haben und dafür

sorgen, daß den Machtgelüsten der einzelnen im Interesse des Gesamtwohls Ziele gesetzt würden. ... Wir verlangen also nicht mehr und nicht weniger, als daß die Frau sich eine Politik schafft, die als Ergänzung der männlichen Politik Bedeutung für den Staat gewinnen kann. Wer aber schaffen will, muß selbständig sein, und das sollten alle Frauen bedenken, die heute die staatsbürgerliche Gleichberechtigung der Geschlechter verlangen. Wenn sie hier wie auf anderen Gebieten den Mann nachahmen, so wird das für ihren Charakter etwas verfänglicher sein, als es auf den wissenschaftlichen Gebieten für sie sein konnte. ... Es gibt ein Gebiet der Politik, für das die Frau auch in seiner heute bestehenden Form entschieden eine Mehrbegabung zeigt, das ist die Diplomatie. Sie setzt viel psychologisches Feingefühl voraus, verbunden mit der Begabung der Beredsamkeit, und ist von jeher ein beliebtes geheimes Arbeitsgebiet des weiblichen Geschlechtes gewesen. Frauen würden wegen ihrer größeren sexuellen Unabhängigkeit vom anderen Geschlecht nicht so leicht zu mißbrauchen sein. Auch aus diesem Grunde scheinen sie recht geeignete Diplomaten, die man vielleicht in späteren Dezennien allgemein verwenden wird.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. Leipzig, Georg Thieme, 1917.

2. Heft. **Meyer**-Königsberg, **Prof. E.**: Psychiatrie.

Dieses für den Praktiker geschriebene Heft erörtert im allgemeinen Teil besonders breit die Simulationsfrage, im speziellen namentlich die Dementia praecox, und dies mit Recht, da erfahrungsgemäß gerade hier die meisten Irrtümer in der Diagnose unterlaufen. Bezüglich Einteilung der Psychosen wählt Verf. Anlehnung an die Heidelberg-Illenauer Bearbeitung a. d. J. 1912, so daß das Vorgebrachte von dem Schüler jeder Schule mit Nutzen aufgenommen werden kann.

3. Heft. **Weber**-Chemnitz, **Prof. L. W.**: Neurosen. — **Naegeli**-Tübingen, **Prof. O.**: Unfallsneurosen.

Während man, dem Sprachgebrauch folgend, die Kapitel Neurasthenie und Hysterie im vorlienden Hefte suchen würde, sind diese beiden Neurosen tatsächlich im 2. Heft der Psychiatrie von Meyer abgehandelt worden. So zutreffend dies der Sache nach auch sein mag, wird das Thema Neurosen arg verkürzt; es erübrigt für Weber nur mehr die Besprechung der Epilepsie, Muskelkrämpfe, chron. Bewegungsstörungen, vasomotorisch-trophischen Neurosen, Neuralgien und Kopfschmerzen.

Die Unfallsneurosen behandelt Naegeli wieder eingehender, u. zw. ganz im Sinne der bekannten, jüngst von ihm publizierten Monographie.

Schilder, Dr. med. et phil. Paul: Wahn und Erkenntnis. Eine psychopathologische Studie. Berlin, Julius Springer, 1918.

Das 1. Kapitel: Zur Frage der Halluzination, beginnt mit einer experimentellen Untersuchung, die den Verf. zu Schlußsätzen berechtigt über Beziehungen von Vorstellungen und Wahrnehmungen. Nach drei kurzen Krankengeschichten aus der Leipziger psych. Klinik folgt im 2. Kapitel: Wirklichkeitsanpassung und Schizophrenie, eine sehr ausführliche Wiedergabe eines allerdings auch ungewöhnlichen Falles. Sch. sieht hier eine Krankheitsform, welche nach dem Typus der Überwindung eines metaphysischen oder religiösen Zweifels verläuft. Eingehende und tiefschürfende Zergliederung des normalen und krankhaften Denkens führt den Verf. zu weiten Ausblicken; ähnliche Mechanismen wie bei der Schizophrenie sind auch völkerpsychologisch von Bedeutung, wie im 3. Kapitel: Völkerpsychologie und Psychiatrie, an der Hand weiterer Krankengeschichten aufgezeigt wird. Ein Anhang beschäftigt sich mit dem Futurismus. Zwei farbige Tafeln als Probe (Produkte von Geisteskranken) intendieren und erfüllen, was der Futurismus will.

Was Verf. so bescheiden eine Studie nennt, ist eine ernste Arbeit, welche über schwierigste Probleme, die erkenntnistheoretische Orientierungen voraussetzen, Licht zu verbreiten sich bestrebt und fern von Lärm und Unrast des Tages ebenso ernst gewürdigt zu werden verdient.

Simmel, Dr. Ernst: Kriegsneurosen und „psychisches Trauma“, in ihren gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien, mit einem Geleitwort von Dr. Adolf Schnee. Leipzig-München, Otto Nemnich, 1918.

Verf. hat das therapeutische Problem der Kriegsneurosen gelöst. Wo als Ursache der Neurose eine einmalige Schwächung des Persönlichkeitskomplexes in einem bestimmten Kriegserlebnis stattgefunden, genügt Suggestion, meist in einer einzigen Sitzung. In allen anderen Fällen ist psycho-analytisch die seelische Ursache des Leidens zu suchen. Verf. hofft, daß „wir in sinngemäßem Ausbau der psycho-analytisch-hypnotischen Methodik auf dem Wege zur Heilung sämtlicher Geisteskrankheiten sind, die nicht auf organischer Schädigung beruhen. ... Wir dürfen heute schon die Zeit erkennen, in der infolgedessen durch Entvölkerung der Irrenanstalten an einem Teil der Menschenökonomie mitgearbeitet wird, wie sie die Menschenverschwendung dieser Kriegsjahre für den Bestand aller Nationen notwendig macht“.

Weyert, St.-A., Dr.: Militär-psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen. Halle a. S., Karl Marhold, 1915.

Der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, 11. Band, 2. bis 4. Heft, das



trotz der Jahreszahl noch aus den Zeiten tiefsten Friedens stammt. Statistische Übersichten schließen mit dem Jahre 1909, die Literatur ist allerdings bis nahe an Kriegsausbruch berücksichtigt. Den wesentlichen Inhalt des Bändchens bildet der Bericht über die Tätigkeit der Posener militär-psychiatrischen Abteilung vom 1./X. 1911 bis 30./IX. 1912, die liebevolle Verarbeitung von 102 Zuwächsen. Wenn die Frage der Dienstbeschädigung erörtert wird, ist es also eine solche des Friedens-Garnisondienstes. Doch enthält das Buch mancherlei Interessantes, Zeitloses, so über gerichtliche Fälle, Psychopathen beim Militär, Schädeltraumen u. dgl. Für Haltlose, die im Gefängnis erzieherisch kaum beeinflußt werden können, bei der Truppe erneute Konflikte voraussetzen lassen, schlägt Verf. eigene modifizierte Arbeiterabteilungen vor, um das Heer von ungeeigneten Elementen zu säubern. R.

Bericht des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

(Vereinsjahr 1916/17.)

Sitzung vom 12. Dezember 1916.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: Schacherl.

a) Reuter demonstriert einen Fall von hämorrhagischer tuberkulöser Enzephalitis.

Es handelt sich um einen zirka 25 bis 30 Jahre alten, unbekannten Mann, welcher am 25. Juli 1916 nachts auf die psychiatrische Klinik aufgenommen wurde.

Bei der Aufnahme war derselbe sehr schwach, konnte nur mit Mühe gehen; er zitterte am ganzen Körper. Er lallte unverständliche Worte, konnte seinen Namen nicht richtig angeben; es war überhaupt nicht möglich, mit ihm eine Anamnese aufzunehmen. Die körperliche Untersuchung ergab einen kleinen, marastischen, abgemagerten, muskelschwachen Mann; Pupillendifferenz, lichtstarre Pupillen, Steigerung der Patellarsehnenreflexe, im Bereiche der Brustorgane keinen nennenswerten Befund. Der Mann verfiel rasch und starb am 27. Juli um 8 Uhr früh. Die von der Klinik gestellte Diagnose lautete „Tuberkulöse Meningitis".

Bei der sanitätspolizeilichen Obduktion, welche Reuter am 29. Juli 1916 vornahm, wurde nun im Bereiche des linken Stirnhirnes ein über nußgroßer, hämorrhagischer, enzephalitischer Herd nachgewiesen. Der Herd reichte nach vorne an einzelnen Stellen bis zu den Stirnwindungen, nach innen bis zum Kopf des Streifenhügels und zu den äußeren Partien des Linsenkernes, nach außen bis an die Rinde, nach rückwärts bis zur Mitte des Linsenkernes. Die nähere Besichtigung des Herdes ergab, daß dieser sich aus zahlreichen, etwa erbsengroßen, dunkelroten, von einem weißlichen, faserigen Gewebe umgebenen Blutungen zusammensetzte. Die Umgebung des Herdes war geschwollen und von gelblichem Serum durchtränkt.

Die inneren Hirnhäute zeigten entlang der Gefäße, namentlich linkerseits, den gewöhnlichen Befund einer tuberkulösen Meningitis. Von der Fossa Sylvii sinistra zog sich, namentlich im oberen Teile, ein weißliches, von Knötchen und Exsudat durchsetztes Gewebe in die darunterliegenden Rindenpartien fort. Daselbst fanden sich innerhalb des erwähnten Gewebes zahlreiche punktförmige Blutungen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung konnte zunächst der tuberkulöse Charakter des Prozesses einwandfrei festgestellt werden. An den Arterien fanden sich die speziell von Nonne und Askanasy näher beschriebenen arteriitischen Prozesse, ferner Thrombosen in zahlreichen Venen, ähnlich wie in den von Askanasy beschriebenen Fällen.

Von dem übrigen Obduktionsbefunde sei noch erwähnt, daß in beiden Lungenspitzen ein alter tuberkulöser Prozeß, in den Pleuren und in beiden Oberlappen gruppierte Tuberkelknötchen und in den Lungenhilusdrüsen käsige Herde vorgefunden wurden.

Bemerkenswert ist an dem vorliegenden Falle die Größe des enzephalitischen Herdes und der verhältnismäßig rasche tödliche Krankheitsverlauf.

(Der Fall erscheint ausführlich andernorts.)

b) Marburg: Herdgleichseitige Läsionen bei Hirnschüssen. (Danach multiple Sklerose.)

Von den Folgen nach Hirnschüssen ist die Epilepsie wohl die bedeutendste. Es scheinen jedoch auch andere organische Affektionen im Anschluß daran sich entwickeln zu können. An der Hand von drei Fällen wird versucht, gleichseitige Erscheinungen bei Schädelschüssen zu erklären. Nachdem funktionelle Momente ausgeschaltet worden sind, auch der Contrecoup nicht in Frage kommen kann, wird zuerst der Nachweis versucht, daß hier multiple Läsionen vorliegen, und zwar solcher Art, daß sie dem klinischen Bilde der multiplen Sklerose ähneln. Vielleicht handelt es sich um Affektionen, die dieser nahestehen.

Aussprache: Redlich kann den Verdacht des Funktionellen nicht los werden, besonders mit Rücksicht auch auf die Art der Sensibilitätsstörungen. Redlich erwähnt einen Fall von Nackenschuß links mit rein linksseitigen Erscheinungen und linksseitigen Jackson-Anfällen. Ein Fall, bei dem es sich also wohl sicher um Contrecoup-Wirkungen handelt.

Poetzl fragt den Vortragenden, ob es sich bei seinen Fällen wirklich um spiegelbildsymmetrische Erscheinungen handelt. Poetzl verweist auf den Fall von Erschütterung der Sehsphäre, den er vor einiger Zeit im Verein vorgestellt hat, und wobei er ebenfalls eine hysterische Komponente annehmen mußte. Für die Wahrscheinlichkeit bilateraler Verletzung spräche auch das Symptom der Aphasie gelegentlich.

Schüller weist darauf hin, daß selbst das Symptom des Nystagmus nicht mit voller Sicherheit in allen Fällen auf eine organische Störung zurückgeführt werden könne; es scheint auch einen willkürlichen Nystagmus zu geben. Was die Halbseitenanästhesie betrifft, so dürfte dieselbe mit größerer Wahrscheinlichkeit auf eine funktionelle Störung hinweisen.

Stransky: Nystagmus kann auch als ein nichtanatomisches Symptom vorkommen; Stransky erinnert an den von ihm vor Jahren schon beschriebenen assoziierten Nystagmus. — Weiter möchte Stransky dem von Poetzl und Schüller betonten Gesichtspunkte einer Kombination mit funktionellen Mechanismen, wenn auch nur im allgemeinen, beipflichten, insofern er schon gelegentlich der Kriegsneurosendiskussion in München die seines Erachtens gerade zur Erklärung der Bilder vieler Kriegsaffektionen



wichtige Überlagerung des Organischen durch Funktionelles in solchen Fällen betont hat, und dies hier nochmals tun möchte.

Karplus erinnert daran, daß er vor vielen Jahren einen Neurastheniker gesehen und im Verein besprochen hat, welcher einen auffallenden Nystagmus bekam, so oft er im Stehen die Augen schloß. Dieser Nystagmus war offenbar nicht organisch bedingt.

L. Müller kennt keinen funktionellen Nystagmus, lediglich einen simulierten. Die hochgradige eventuelle Einschränkung des Gesichtsfeldes ist nicht als etwas Organisches zu verwerten.

Poetzl glaubt, auf die Frage der konzentrischen Einschränkung des Gesichtsfeldes zurückkommen zu sollen, da sich die konzentrische Einschränkung gerade auch bei den Hinterhaupts-Kriegsverletzungen findet, es kommen aber für den organischen Nystagmus auch noch die Augenmuskellähmungen in Betracht.

J. Bauer bemerkt Müller gegenüber, daß doch auch bei Morbus Basedowii und, wie er selbst es beschrieben hat, bei endemischem Kropf, ferner bei allerhand anderen degenerativen Erkrankungen Nystagmus vorkomme, daß dieser Nystagmus unmöglich als simuliert angesehen werden und, da er eines anatomischen Substrates entbehre, wohl nur als funktioneller Nystagmus bezeichnet werden könne.

H. Neumann bespricht ausführlich die verschiedenen Arten des Nystagmus.

Stransky bemerkt, daß er nicht recht wüßte, wie er etwa die abnorme Synergie des assoziierten Nystagmus einstweilen anders nennen sollte als funktionell; ähnlich, wie es andere funktionelle Synergien gibt. Auch Möbius, der seinerzeit diesen unbezweifelbaren Fällen scheinbar etwas skeptisch gegenüberstand, scheint den assoziierten Nystagmus für funktionell angesehen zu haben. Daß der Begriff des Nystagmus noch einer gewissen Grenzbestimmung bedürfe, will Stransky gewiß nicht bestreiten,

Marburg (Schlußwort) führt aus, daß er die vorgestellten Fälle keinesfalls als abgeschlossen hinstellt. Sie sollen nur zeigen, daß im Anschlusse an eine Hirnverletzung auch disseminierte Prozesse auftreten können, die in gewissem Sinne unabhängig sind von der primären Verletzung und sich in gewissem Sinne der multiplen Sklerose nähern.

Daß bei diesen Sensibilitätsstörungen häufig sind, dürfte Kollege Schüller nicht leugnen können. Auch ist der Nystagmus allein nie charakteristisch für multiple Sklerose, sondern stets nur in Koinzidenz mit anderen signifikanten Erscheinungen. Die Frage des funktionellen Nystagmus findet mich in Übereinstimmung mit Prof. Neumann, nicht jedes Einstellungszittern der Augen darf als Nystagmus angesehen werden.

Was die Ausführungen Müllers anlangt, so hat Kollege Poetzl schon das Vorkommen hochgradiger Gesichtsfeldeinschränkungen bei organischen Hirnläsionen erklärt. Daß sie auch bei multipler Sklerose vorkommen, wird keinem Zweifel begegnen.

Nochmals aber sei betont, daß die Fälle nicht als multiple Sklerose mit absoluter Sicherheit anzusehen sind; daß sie ihnen nahestehen, wird keinem Zweifel begegnen.



c) L. Müller: Simulierte reflektorische Pupillenstarre.

Leopold Müller stellt einen Patienten vor, bei dem auf einer Augenstation Lichtstarre der Pupillen festgestellt wurde. Der Wassermann ist positiv.

Bei genauer Untersuchung stellt es sich heraus, daß der Patient in dem Moment, wo man die Pupillenreaktion prüft, eine Art Krampfzustand des Körpers bekommt, verbunden mit Geistesabwesenheit, wobei die Pupillen einen lebhaften Hippus zeigen. Nach wenigen Sekunden ist dieser Zustand, den Vortragender für einen kurzen hystero-epileptischen Anfall hält, vorüber. Von jetzt ab reagieren die Pupillen auf Licht nicht mehr. Dabei sind sie gleichweit und von vollständig runder Form. Man kann, bevor der Patient in der Lage ist, sich in den eigenartigen Zustand zu versetzen, durch plötzliche Belichtung jedoch nachweisen, daß die Pupillen gut reagieren.

Vortragender meint, daß in diesem Falle gestattet ist, von einer künstlichen Erzeugung der Pupillenstarre zu sprechen.

v. Wagner bezweifelt die vorliegende reflektorische Starre.

Karplus: Unter zahlreichen Fällen mit hysterischer Reaktionslosigkeit der Pupillen während kleiner Anfälle habe ich nie einen Fall gesehen, den man als reflektorische Pupillenstarre hätte bezeichnen können sondern stets hat es sich um komplette Starre gehandelt; so wird es wohl auch im vorliegenden Falle sein.

Sitzung vom 9. Januar 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.

Schriftführer: Schacherl.

Zum Mitgliede wird gewählt Professor Gabor Nobl.

a) Hruby demonstriert (aus der Nervenabteilung des Professors Schüller) einen Fall von Neurotabes peripherique (Déjérine).

Der Patient, ein 26jähriger Dragoner, der früher stets viel getrunken, übernachtete während einer Feldübung mit durchnäßten Kleidern in einer offenen Scheune. Am folgenden Tage empfand er Frösteln und Schmerzen in der Kreuzgegend. Nach fünf Tagen Schmerzen in den Händen und Füßen, hernach am ganzen Körper. Drei Wochen nach Beginn der Erkrankung trat Lähmung aller Extremitäten auf, die acht Wochen andauerte. Auch die Sprache war gestört. Es bestand Speichelfluß. Nach einigen Monaten stellte sich die Beweglichkeit wieder ein. Die Schmerzen schwanden, dagegen blieb hochgradige Ataxie der Hände und Füße zurück, welche auch gegenwärtig nach achtmonatiger Dauer der Erkrankung in hohem Grade vorhanden ist. Außer der Ataxie bestehen choreiforme Bewegungen der Finger und Zehen, Herabsetzung der Berührungsempfindung und Fehlen der tiefen Sensibilität an den Finger- und Handgelenken, bei Überempfindlichkeit der Hände für Schmerzreize. Die tiefen Reflexe fehlen.

b) v. Wagner demonstriert einen 42jährigen Kranken, dessen Erkrankung in frühere Zeit zurückführt. Es handelt sich um eine Hypophysenerkrankung vom Typus der Dystrophia adiposogenitalis, bei der in der letzten Zeit eine auffallende Progredienz zu konstatieren ist.

Weiter zeigt v. Wagner einen Kranken mit einer Lähmung der



linken unteren Extremität von peripherem Typus, die seit zwei Jahren besteht. Erhaltene mechanische und elektrische Erregbarkeit bei leichter Hypästhesie. Diagnose: Funktionelle Lähmung.

c) J. Bauer demonstriert aus der Poliklinik (Prof. Mannaberg) eine 32jährige Frau, die bis 1912 stets gesund gewesen, damals während ihres zweiten Wochenbettes einen heftigen Schrecken durchmachte, als ihr älteres Kind an Krämpfen erkrankte. Seit diesem Schrecken sehr nervös, erregbar, furchtsam, deprimiert, weint viel, Steigerung dieser Nervosität beim Einrücken des Mannes im August 1914. 14 Tage später Vortreten der Augäpfel, Dickerwerden des Halses, im Laufe von sechs Wochen Gewichtsabnahme von 69 auf 57 *kg* starker Tremor, Haarausfall. Auf Arsenbehandlung Besserung, innerhalb dreier Monate wieder das alte Gewicht und vollständige Arbeitsfähigkeit. Am 13. Januar 1916 Verständigung vom Tode des Gatten. Trotz der großen Aufregung keinerlei Krankheitserscheinungen bis Oktober 1916. Damals zunehmende Schwäche des ganzen Körpers, Abmagerung, Herzklopfen. Schweiße und Diarrhöen hatten früher bereits bestanden. Anfangs November konnte sie sich nicht mehr selbst kämmen, Ende November sich nicht mehr selbst im Bette aufsetzen, da sie die Kraft dazu nicht besaß. Bei wiederholten Bewegungen rasche Ermüdung, Besserung in der Ruhe. Die Kraftlosigkeit ist so bedeutend, daß sie die Hand nicht mehr vollständig zur Faust ballen und die Finger wieder vollständig strecken kann. Beim Essen und Sprechen rasche Ermüdung, so daß ihr der Unterkiefer herabhängt. Erste Menses mit 17 Jahren, zuerst unregelmäßig, später normal, im Dezember 1916 ausgeblieben. Zwei Partus, kein Abortus. Vater leidet an Herzklopfen, Mutter an Migräne, Schwester des Vaters an Gicht.

Die Untersuchung ergibt eine mittelgroße, mäßig kräftige, etwas abgemagerte Frau mit dunkler Pigmentation der Haut im Bereiche der Augenlider und des Abdomens, mit nahezu fehlenden Crines axillares und spärlichen Crines pubis. Starker Exophthalmus, Struma parenchymatosa, Tachykardie (110 bis 124 Pulse), akzidentelles systolisches Herzgeräusch, enge Gefäße, leichter Tremor. Deutliche Thymusdämpfung, vergrößerte Zungenfollikel, kein Chvostek, normale galvanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, gesteigerte Sehnenreflexe. Neben diesen ausgesprochenen Erscheinungen des Morbus Basedowii besteht der typische Symptomenkomplex der Myasthenia gravis pseudoparalytica: Ptose beiderseits, Unvermögen, die Lider vollständig zu schließen, Augenbewegungen nur in minimalen Exkursionen seitwärts und abwärts möglich, maskenartig starrer Gesichtsausdruck, der besonders beim Lachen eigenartig hervortritt, derart, daß man nicht unterscheiden kann, ob die Patientin lacht oder weint. Höchstgradige Adynamie und Ermüdbarkeit bei wiederholten Bewegungen, Unvermögen, die Hände zu erheben, die Beine in die Höhe zu strecken, sich selbst aufzusetzen. Der Gang watschelnd, taumelnd, nur wenige Schritte möglich. In letzter Zeit Schlingbeschwerden. Ausgesprochene Atrophie im Bereiche beider Deltoidei. Typische myasthenische Reaktion der Muskulatur. Von weiteren Befunden ist zu erwähnen: Urobilinogen im Harn. Normaler Blutdruck. Von 90 *g* Dextrose werden 1.4 *g* ausgeschieden. Keine herabgesetzte Assimilationsgrenze für Galaktose. Unter 6800 Leukozyten 29%



große Lymphozyten mononukleäre und Übergangsformen. Keine Löwische Adrenalinmydriasis. Blutzucker 1·19‰. Wechselnde Intensität der myasthenischen Erscheinungen zu verschiedenen Zeiten.

Die Kombination von Basedow mit Myasthenie ist bis zum Jahre 1913 14mal in der Literatur beschrieben worden. Viel häufiger dagegen findet man diese Kombination in rudimentärer Ausbildung, und zwar Bulbärlähmungen, insbesondere Augenmuskellähmungen bei Basedow einerseits, Struma, Exophthalmus bei Myasthenie anderseits. Es handelt sich also offenbar um eine mehr oder minder typische Kombination zweier Syndrome, die schwerlich auf einem Zufall beruhen dürfte und einen inneren kausalen Zusammenhang vermuten läßt. Das Bindeglied der beiden Syndrome dürfte mit größter Wahrscheinlichkeit in einer Störung der Thymusfunktion gegeben sein. Bekanntlich steht in der Pathogenese mancher Basedowfälle eine abnorme Thymusfunktion im Vordergrunde, so daß man auch von einem thymogenen Basedow spricht. Bei der Myasthenie gehört eine Hyperplasie der Thymus zu den typischesten Obduktionsbefunden dieses Zustandes. Hart konnte zeigen, daß der ursprünglich von Weigert und dann von einer ganzen Reihe von Forschern erhobene Befund eines Thymussarkoms mit Metastasen in den Muskeln nichts anderes darstellt, als eine hochgradige Hyperplasie des Thymusgewebes und lymphoide Infiltrate im Muskelgewebe. Schumacher und Roth sahen bei einem Falle von Myasthenie mit Basedow, in welchem Sauerbruch die Thymusdrüse entfernt hatte, allmählichen Rückgang beider Syndrome. Die Thymusdrüse scheint also das Bindeglied zwischen Myasthenie und Basedow zu bilden, wenn wir auch über die Art ihrer Wirkung nicht näher informiert sind. Es wäre allerdings daran zu denken, daß auch die Adynamie des Basedow, soweit sie noch nicht unter den Begriff der Myasthenie fällt, mit der Thymus irgend etwas zu tun hat. Scharfe Grenzen lassen sich wohl auch hier nicht ziehen, da selbst die elektrische myasthenische Reaktion nichts für die Myasthenie als solche Spezifisches darstellt. Auch im vorliegenden Falle ist eine Thymektomie mit partieller Strumektomie beabsichtigt.

Als Nebenbefund wurde bei der Kranken eine faradische Unerregbarkeit des Nervus radialis konstatiert. Dieser bei sonst völlig normalen elektrischen Verhältnissen vorkommende Befund wurde daraufhin auch bei einigen anderen Kranken, darunter einem Basedow, erhoben. Stintzing erwähnt in einer kurzen Anmerkung, er sei bei sehr muskulösen oder fettleibigen Menschen wiederholt einer faradischen Unerregbarkeit des Radialis begegnet und erblickt den Grund darin, daß der faradische Strom nicht genügend in die Tiefe dringe. In den vom Vortragenden beobachteten Fällen handelt es sich weder um muskulöse, noch um fettleibige Menschen, die Erklärung Stintzings kann somit nicht zutreffen. Toby Cohn bemerkt, daß der Radialis für den faradischen Strom schwerer erregbar ist als für den galvanischen, ohne auf diese Tatsache weiter einzugehen. Vortragender möchte auf den von ihm erhobenen Befund der faradischen Unerregbarkeit des Radialis bloß aufmerksam machen und auf eine Erklärung vorläufig verzichten.

Im Vordergrunde des myasthenischen Syndroms steht die hochgradige



Ermüdbarkeit, so daß Goldflam von Apokamnosis sprach. Es handelt sich um eine Ermüdung ohne adäquate Auslösung. Dies gibt Veranlassung, ein Thema kurz zu streifen, auf das Vortragender in einem späteren Zeitpunkte ausführlicher zurückkommen möchte. Bei gewissen „Zitterern" sieht man das Umgekehrte, keine Ermüdung trotz adäquater Auslösung für das Ermüdungsgefühl. Dieser Gegensatz steht in einem gewissen Widerspruch mit der Weichardtschen Lehre vom Kenotoxin. Übrigens wurde sogar bei Myasthenie eine Behandlung mit Antikenotoxin versucht. Nach angestrengter Muskelarbeit findet man de norma ein Absinken des Blutzuckerwertes. Bei dem Falle von Myasthenie und in einzelnen Fällen von Zitterneurosen wurden von Frl. cand. med. Adolf mindestens normale oder hochnormale Werte gefunden. Auch die Kreatininmengen im Harn ergaben keine charakteristische Abweichung von der Norm (cand. med. Spiegel). Vortragender meint, es müßten zwei Formen von Ermüdung unterschieden werden: 1. Jene Ermüdung, welche bei jedem organischen, reizbaren Gewebe, bei jedem Protoplasma, das durch seine Tätigkeit Nahrung verbraucht, gefunden wird. 2. Das Ermüdungsgefühl als Empfindungsqualität sui generis, ähnlich wie das Hunger- oder Durstgefühl, die Empfindung des Ruhebedürfnisses, die sich de norma auf adäquate Reize einstellt. Die Pathologie dieses Gefühles ist nicht nur abhängig von der Qualität und Intensität der Reize, sondern auch von dem Grade der Erregbarkeit der entsprechenden Zentren.

Ferner demonstriert Bauer einen 29jährigen Zivilarbeiter mit einer mächtigen, symmetrischen Hyperplasie der Parotiden und einer Hypoplasie der Genitalorgane. Nie Geschlechtsverkehr, jedoch Erektionen. Äußerst spärliche Behaarung ad pubem, in axilla und an den Wangen. Gut entwickelter Schnurrbart. Die Kombination von Parotishyperplasie mit Anomalien des Genitalapparates scheint nach den Beobachtungen des Vortragenden nicht ganz selten zu sein. In einem Falle, dessen Photographie demonstriert wird, bestand seit Kindheit ein apfelgroßer benigner Hodentumor.

Karplus: Dr. Bauer hat die Absicht, die persistierende Thymus (Fall 1) exstirpieren zu lassen. Da erinnere ich, daß vor kurzem Frau Dr. Kaminer Resultate von Untersuchungen publiziert hat, aus denen ein merkwürdiger Antagonismus zwischen Karzinom und Thymus hervorgeht. Dr. Bauer könnte sich mit Dr. Frau Kaminer ins Einvernehmen setzen, und man sollte das Zerstörungsvermögen des Serums für Karzinome vor und nach der Operation untersuchen. Die theoretischen Ausführungen über den Gegensatz zwischen Myasthenie und funktionellem Zittern scheinen mir nicht ganz zutreffend; hier besteht ja keineswegs ein physiologischer Gegensatz.

Wexberg: Unerregbarkeit des Nervus radialis ist kein seltenes Vorkommnis und ist wohl damit zu erklären, daß bei Reizung des Nervus radialis nicht nur Haut und Faszie, sondern auch Muskel zwischen Nerv und Elektrode liegt.

Poetzl erinnert daran, daß die Änderungen der elektrischen Erregbarkeit bei Basedow Änderungen des Körperwiderstandes sind.

J. Bauer behält sich vor, über den Fall noch zu berichten.



d) Poetzl zeigt einen Fall von Hemianopsia dextra mit Beteiligung des linken unteren Quadranten mit der typischen Kopfhaltung wie bei zentralen und parazentralen Sehstörungen und Doppelbildern.

Pilcz (vorläufige Mitteilung) weist auf die Möglichkeit der differentialdiagnostischen Verwertung des Bulbusdruckphänomens (v. Wagner) bei Katatonikern, besonders bei Stuporösen und anderen Dementia praecox-Kranken, im Gegensatz zu hysterischen Anästhesien und melancholischen Stuporen, hin.

Poetzl bestätigt aus eigener Erfahrung die vorläufige Mitteilung von Pilcz.

Sitzung vom 13. Februar 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: Schacherl.

E. Stransky stellt mit Rücksicht auf die in Aussicht genommene Bildung einer medizinischen Fachgruppe der neugegründeten „Österreichischen waffenbrüderlichen Vereinigung" den Antrag an das Präsidium des „Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien", die Mitglieder desselben zum Eintritte in die genannte — statutenmäßig unpolitische — Vereinigung aufzufordern. (Geschieht seitens des Vorsitzenden.)

a) A. Fuchs demonstriert einen Fall mit objektiven Kopfgeräuschen, den er seinerzeit aus diesem Symptom als einen Hydrozephalus diagnostiziert hat und dessen weiterer Verlauf nach vorgenommener Trepanation die Diagnose bestätigt.

Aussprache: v. Wagner wirft die Frage auf, wieso in solchen Fällen der chirurgische Eingriff einen Heilerfolg zeitigen könne, und findet die Sache keineswegs klar. Man müsse an sehr komplizierte Wandlungen der Liquorwege denken, um der Erklärung näher zu kommen.

A. Fuchs erklärt, den Fall hauptsächlich wegen der Differentialdiagnose zwischen Tumor und Hydrozephalus demonstriert zu haben.

b) Poetzl demonstriert drei Schädelschüsse. (Erscheint ausführlich.)

c) J. Bauer berichtet über den Obduktionsbefund des Falles von Myasthenia gravis mit Morbus Basedowi, welchen er in der letzten Sitzung demonstriert hatte und bei dem die operative Entfernung, beziehungsweise Reduktion der hyperplastischen Thymus geplant gewesen war. Die Frau war einen Tag vor der Operation an Herzinsuffizienz gestorben. Die von Hofrat Kolisko vorgenommene Obduktion hatte die Annahme eines Status thymico-lymphaticus bestätigt. Es wurde eine 53 *g* schwere, parenchymatöse Thymusdrüse, ferner Hyperplasie sämtlicher lymphatischer Apparate gefunden. Die Schilddrüse bot die für Morbus Basedowi charakteristischen Veränderungen dar. Die Aorta war nur im Abdominalanteil verengt, die Nebennieren in beiden Abschnitten gut entwickelt, die Keimdrüsen klein. Der Fall beweist also, daß man 1. einen hyperplastischen Thymus diagnostizieren kann, und zwar nur auf Grund einer richtigen Perkussionsmethode, denn das Röntgenbild und der Blutbefund versagten wie in früheren Beobachtungen des Vortragenden so auch im vorliegenden Falle; 2. daß man



sich zur Diagnose eines Status lymphaticus nicht an das Blutbild, wohl aber an die Zungenfollikel halten soll; 3. daß das Syndrom Myasthenie mit Basedow stets an einen hyperplastischen Thymus denken und schon wegen der sonst infausten Prognose eine operative Thymusreduktion ins Auge fassen lassen soll.

A. Fuchs hält seinen Demonstrationsvortrag: Einige Ergänzungen zur Elektrogymnastik. (Erscheint ausführlich.)

Aussprache: Hecht demonstriert aus der orthopädischen Abteilung des Vereinsreservespitals Nr. 4 in Wien einen Apparat zur rhythmischen Elektrogymnastik. Je länger man elektrotherapeutisch Kriegsverwundete in großer Menge behandelt, desto mehr wird in einem der Wunsch rege, einen Teil der elektrotherapeutischen Arbeit durch Apparate ausführen zu lassen, zumal nur eine nicht durch einige Minuten, sondern durch längere Zeit ausgeführte Anwendung des elektrischen Stromes Erfolg verspricht. Bei einem vorzugsweise orthopädischen Krankenmaterial ist besonders die Behandlung atrophischer und paretischer Muskeln mit Hilfe des faradischen Stromes von Wichtigkeit.

Hiebei kommt es darauf an, möglichst intensive, rhythmisch sich wiederholende und wenig schmerzhafte Muskelkontraktionen faradisch auszulösen. Man kann hiezu das alte Hilfsmittel des „Ein- und Ausschleichens“, das ist des An- und Abschwellenlassens des Stromes, unter allmählicher Verstärkung desselben, in Anwendung bringen. Um diesen Zweck mit einfachen Mitteln zu erreichen, wurde ein Zusatzapparat konstruiert, der an jeden erdschlußfreien elektrischen Anschlußapparat angefügt werden kann. Die erdschlußfreien Anschlußapparate („Klinik, Pantostat, Multostat usw.“) sind bekanntlich mit Elektromotoren ausgestattet, die zahlreiche, bis zu 2000 Umdrehungen haben und deren Kraft nicht voll ausgenützt wird. Mit Hilfe zweier Übersetzungen wird nun die Zahl der Umdrehungen soweit herabgedrückt, daß sich 10 bis 20 Umdrehungen in der Minute schließlich erhalten lassen; diese werden auf eine Exzenterscheibe übertragen, an der sich ein verstellbarer Hebel befindet. Mit diesem Hebel wird nun die sekundäre Rolle eines gewöhnlichen faradischen Apparates hin- und hergeschoben. Da sich auch die primäre Rolle an die jeweilige Endstellung der sekundären Rolle annähern, beziehungsweise von ihr entfernen läßt, so kann die Intensität des faradischen Stromes verstärkt, beziehungsweise abgeschwächt werden. So sind mit einfachen Mitteln alle Anforderungen an eine rhythmische, intensive und ziemlich schmerzlose Elektrogymnastik erfüllt. Es können übrigens zwei Patienten zu gleicher Zeit rhythmisch behandelt werden. Außerdem hat die Anordnung den Vorteil, daß zur selben Zeit ein dritter Patient mit dem Mutterapparat galvanisiert, faradisiert oder vibriert werden kann, während der Motor den Apparat zur Elektrogymnastik treibt. Darin liegt schon ein Vorzug gegenüber den sonstigen Apparaten zur Elektrogymnastik („Myomotor, Myoroborator, Degrassator, Oscillodor, Bergonié“ usw. usw.). Der Apparat wurde in den Übungswerkstätten des Vereinsreservespitales Nr. 4 von Patienten der orthopädischen Abteilung gebaut.



Sitzung am 13. März 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: Schacherl.

a) A. Schüller demonstriert zwei Fälle mit lokalisierter Hypertrichose infolge von Affektionen peripherer Nerven.

Fall 1. 28jähriger Korporal, bei dem sich nach einem Durchschuß durch die linke Gesäßbacke eine komplette Peroneus- und eine partielle Tibialislähmung eingestellt hat, zeigt ein Jahr nach der Verletzung Atrophie und elektrische Unerregbarkeit der linksseitigen Gesäßmuskeln sowie reichlichere Behaarung der Haut dieser Gesäßhälfte und der Hinterfläche des linken Oberschenkels.

Fall 2. 30jähriger Zugsführer zeigt Hypertrichose der linken Gesäßhälfte und der Hinterfläche des linken Oberschenkels im Anschlusse an eine vor drei Jahren entstandene und seither häufig rezidivierende linksseitige Ischias.

b) A. Fuchs: Bericht über die ersten drei Monate der neurologischen Militärabteilung für Kopfverletzungen. (Erscheint ausführlich.)

Aussprache: Allers verweist darauf, daß die vom Vortragenden den Truppenärzten gegenüber erhobenen Vorwürfe bezüglich ungenauer Anamnese nicht berechtigt sind; die Truppenärzte sind einerseits gar nicht in der Lage, genaue Angaben zu notieren, anderseits gehen die kurzen Notizen auf dem Wege ins Hinterland eben verloren.

Stransky meint, es wäre hinsichtlich der vom Vortragenden erwähnten Fälle, die, im Felde gut bewährt, in der Station undisziplinierbar sich erweisen, von Interesse, gegebenenfalls ihrem Zivilleumund nachzugehen. Stransky, der als Psychiater der Wiener Militärgerichte ein nach Tausenden von Fällen zählendes Material überblickt, macht auch immer wieder die Erfahrung, daß keinem geringen Teile unserer kriminellen ethisch Defekten das Feld ganz gut zusagt, während sie gegen das Hinterland intolerant sind und hier delinquieren; gewiß spielt dabei auch der im Hinterlande so gut wie uneingeschränkte Alkoholkonsum eine wesentliche Rolle. Die für die Dienstesverwendbarkeit und Dienstesverwendung dieser Leute hieraus seines Erachtens zu ziehenden Folgerungen hat Redner im vorigen Jahre in der Aussprache zum Vortrage Tandlers („Krieg und Bevölkerung") vorgebracht.

Schüller spricht im Sinne des Vortragenden gegen die stets durchzuführende plastische Deckung der Substanzverluste des knöchernen Schädels und wendet sich auch gegen die Verwendung der Stahlhelme, die die Zahl der Kopfverletzungen nicht vermindert, sondern wahrscheinlich, weil sie zur Außerachtlassung der gebotenen Vorsicht verleitet, eher erhöht.

Marburg muß gegenüber Fuchs und Schüller die Chirurgen in Schutz nehmen. Wenn die Deckung nur als Schutzmaßnahme gedacht wäre oder um entstellende Narben zu entfernen oder nur auf Wunsch des Patienten erfolgte, hätten die Neurologen recht, sie abzulehnen. Die

Deckung verfolgt jedoch den idealen Zweck, die Verhältnisse des Schädelinneren dem Normalen wieder zu nähern. Es ist freilich meist sehr schwer, dies Ziel zu erreichen, wird aber, wie dies zumeist so geschieht, die Durawand in der Narbe freigelegt, diese mit dem Periost des Knochens vereinigt, nachdem eventuell zuvor noch Fett frei unter die Deckung transplantiert wurde, um eine rasche Verklebung zu verhindern, dann stellt man relativ bessere Verhältnisse her als zuvor. Auch was Kollege Schüller betreffs der Resorption der deckenden Knochen sagte, ist mir neu. Ich habe keine so schnelle Resorption gesehen, als er behauptet, und selbst wenn diese einträte, bliebe ja das Periost mit seiner Neigung zur Ossifikation erhalten.

Economo spricht für die Stahlhelme. Wenn wir jetzt im Hinterland mehr Kopfverletzungen sehen, so spricht das eben dafür, daß die sonst gleich tödlich verlaufenden Kopfverletzungen jetzt eben doch zum Teil erhalten werden können.

Sitzung vom 17. April 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: Schacherl.

a) Dr. Erwin Wexberg demonstriert zwei Fälle aus der Nervenheilanstalt Maria Theresien-Schlössel.

Fall 1. M. J., 26jähriger bosnischer Infanterist, früher immer gesund, erhielt am 15. August 1915 einen Gewehrsteckschuß in der linken Halsseite, Drei Tage lang nach der Verletzung sei er bei Bewußtsein gewesen, habe Arme und Beine bewegen können und habe auch gut gesprochen. Am vierten Tag sei er bewußtlos geworden und im Anschluß daran sei eine Lähmung der rechten Körperhälfte eingetreten, zugleich Sprachverlust. Durch sechs Monate habe er gar nicht sprechen können. Im weiteren Verlauf allmähliche Besserung bis zum jetzigen Zustand. Status praesens vom 25. Januar 1917: Mittelgroßer, mäßig kräftiger Patient. Die inneren Organe sind ohne pathologischen Befund. Der Schädel ist normal konfiguriert und diffus klopfempfindlich. Die rechte Lidspalte ist enger als die linke. Beim Pfeifen und Zähnezeigen bleibt der Musculus orbicularis oris rechts deutlich zurück, dagegen sind beim Sprechen und Lachen die Falten rechts stärker ausgeprägt. Die Bewegung der Zunge nach rechts ist eingeschränkt, die Uvula wird nach links gehoben. Gaumen- und Würgreflex sind stark herabgesetzt. Die Pupillen zeigen normale Weite und Reaktion. Es besteht geringgradiger Strabismus concomitans divergens. Kein Nystagmus, keine Störung im Bereiche des fünften Hirnnerven. An der linken Hälfte der linken Hinterhauptschuppe findet sich eine 3 *cm* lange, haarlose Hautnarbe nach einer Verletzung in der Kindheit. 2 *cm* unterhalb des linken Unterkieferwinkels findet sich eine linsengroße, leicht verschiebliche Hautnarbe (Einschuß). Die rechte obere Extremität ist aktiv unbeweglich, bei passiven Bewegungen starke Spasmen. Trizeps- und Bizepsreflex rechts größer als links. Die Finger stehen in Beugekontraktur. Spastische Parese der rechten unteren Extremität. Hüft- und Kniegelenk sind in vollem Ausmaß mit herabgesetzter Kraft beweglich, im Sprunggelenk ist Pronation unmöglich,



die anderen Bewegungen nur in sehr geringem Ausmaß. Von den Zehen ist nur die große ein wenig beweglich. Bauchdeckenreflex rechts kleiner als links; Kremasterreflex rechts etwas größer als links, Patellarsehnenreflex rechts größer als links, rechts Patellarklonus, Achillessehnenreflex rechts größer als links, rechts Fußklonus. Plantarreflex rechts kleiner als links. Babinski und Mendel-Bechterew rechts positiv. Keine Störung der Tiefensensibilität, keine Ataxie, kein Romberg. Gang mit Zirkumduktion des rechten Beines. Hypästhesie der rechten Körperhälfte. Die Sprache ist deutlich verlangsamt und erschwert, doch sind aphasische Störungen nicht nachzuweisen. Vorgehaltene Gegenstände werden richtig benannt. Reihensprechen ohne Störung. Der Augenhintergrund ist normal. Röntgenuntersuchung (Garnisonsspital Nr. 2) ergibt weder im Schädel noch in der Hals- und Brustwirbelsäule einen Befund. Das Projektil ist nicht zu finden.

Für die Pathogenese des Falles — einer drei Tage post Trauma unter Bewußtlosigkeit entstandenen rechtsseitigen Hemiplegie — kam zunächst eine Spätapoplexie in Betracht, die jedoch in Anbetracht des Fehlens eines nachweisbaren Schädeltraumas wenig Wahrscheinlichkeit für sich hatte. Ein Gedanke Herrn Prof. Kreidls, der den Fall gelegentlich sah, traf offenbar das Richtige: Da die Einschußnarbe in der Gegend der Arteria carotis liegt, ist eine Streifverletzung oder zum mindesten eine Erschütterung dieses Gefäßes anzunehmen. Eine leichte Läsion der Intima konnte zur Ausbildung eines wandständigen Thrombus führen, der mit dem Blutstrom ins Gehirn verschleppt wurde und zur Embolie eines Astes der Arteria fossae Sylvis mit anschließender Erweichung führte. Daß derartige Vorkommnisse wenigstens bei Stichverletzungen in der seitlichen Halsgegend schon beobachtet wurden, bestätigte uns Herr Hofrat Kolisko in persönlicher Mitteilung.

Fall 2. J. H., 24jähriger Leutnant, früher immer gesund, ging am 4. Dezember 1914 ins Feld. Am 21. Februar 1915 machte er eine Granatexplosion mit, im Anschluß daran kurzdauernde Bewußtlosigkeit, hierauf Zittern durch einige Stunden. Am 20. März 1915 erkrankte Pat. an Dysenterie, magerte stark ab (von 90 *kg* vor dem Krieg auf 50 *kg*), fühlte sich hernach sehr schwach und litt an starken Schweißausbrüchen. Im April 1915 bemerkte er, daß er, wenn er sich niedergelegt hatte, ohne Hilfe nicht aufstehen konnte. Im Mai 1915 wegen allgemeiner Schwäche ins Spital gebracht, bemerkte er eine Steifigkeit in Armen und Beinen, die seither immer mehr zunahm. Status praesens vom 29. März 1917: Pat. ist mittelgroß, kräftig gebaut, mit kräftiger, stellenweise — besonders am Oberarm und Oberschenkel — athletischer Muskulatur. Der Schädel ist normal gebaut, die Kopfhaut gut behaart. Pupillen von normaler Weite und Reaktion. Graefesches Zeichen positiv, verschwindet bei öfterer Wiederholung. Wenn Pat. die Augen fest schließt, so vermag er sie zunächst nur unvollkommen und mühsam wieder zu öffnen. Bei Wiederholung geht es leichter und schließlich ganz ohne Störung. Dieselbe Erscheinung zeigt sich beim Zähnezeigen und beim Zubeißen. Beklopft man eine Zungenhälfte mit dem Perkussionshammer, so weicht die Zungenspitze nach dieser Seite ab und kehrt erst allmählich in die Mittelstellung zurück. Dabei deutliche Dellenbildung



in der Zungenmuskulatur. Starke Struma. Die myotonischen Erscheinungen sind am stärksten in den Händen: starker Faustschluß löst sich nur ganz langsam und unter Anstrengung, erst nach mehrmaliger Wiederholung mühelos. Ähnliches zeigt sich, minder stark, bei allen Bewegungen der oberen Extremität. Bei Beklopfen der Muskeln deutliche, träg ablaufende Dellenbildung. Bei Beklopfen des Thenar träge, langsam zurückgehende Oppositionsbewegung. Analoge Reaktion der Hand- und Fingerstrecker. Elektrische Untersuchung ergibt typische myotonische Reaktion. An den unteren Extremitäten sind die myotonischen Erscheinungen weniger ausgesprochen, aber immerhin nachweisbar. Die Haut- und Sehnenreflexe sind teils schwach, teils mäßig lebhaft, abnorme Reflexe nicht nachweisbar. Der sonstige Befund ist negativ. Nirgends sind Muskelatrophien nachweisbar. Keine Hodenatrophie, keine Katarakte.

Es handelt sich um ein myotonisches Krankheitsbild vom Typus der Thomsenschen Myotonia congenita. Auffällig ist das späte Auftreten der Erkrankung, das man wohl bei der Steinert-Curschmannschen Myotonia atrophica, nicht aber bei der echten Myotonie zu sehen gewohnt ist. Für die atrophische Form spricht hier nichts. Dagegen läßt die ausgesprochen hypervoluminöse Muskulatur, die nach Angabe des Patienten von jeher bestanden hat, es als wahrscheinlich erscheinen, daß wir es mit einer früher latenten, erst jetzt manifest gewordenen, aber angeborenen Myotonie zu tun haben. Heredität ist nicht nachweisbar. Als auslösendes Moment kommt in erster Reihe die kurz vor Beginn der Erkrankung abgelaufene Dysenterie in Betracht, dies vor allem in Analogie mit einem von Lewandowsky in der „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" im Dezember 1916 vorgestellten Fall von echter Myotonie, die unmittelbar nach Typhus bemerkbar wurde.

Aussprache: E. Raimann erinnert an den Soldaten mit rechtsseitigem Halsschuß und Zeichen einer linksseitigen Parese, vorgestellt in der Gesellschaft der Ärzte am 26. November 1915 (W. kl. W. Nr. 48). Fälle, wie der heute vorgestellte, erhärten die damals noch etwas gewagt erschienene Erklärung des Zusammenhanges zwischen der peripheren Verletzung und der als zerebral bedingt diagnostizierbaren Lähmung.

v. Wagner erwähnt einen Fall seiner Klinik mit Schuß durch das Gesicht und Hemiplegie und Aphasie, von der noch jetzt Reste bestehen.

F. Neumann hat in der Nervenheilanstalt Rosenhügel gleichfalls einen Patienten beobachtet, der nach einer Schußverletzung mit Einschuß in das Jugulum ohne auffindbares Projektil die Symptome einer rechtsseitigen spastischen Hemiplegie darbot, deren Entstehung nunmehr durch die Demonstration Wexbergs, beziehungsweise die Annahme Prof. Raimanns sich zwanglos erklären ließe.

b) Karplus berichtet über einige in der Nervenheilanstalt Maria Theresien-Schlössel beobachtete Fälle von Diplegia facialis. Er demonstriert:

Fall 1. Ein 29jähriger Leutnant, bei dem gegenwärtig beiderseits eine fast vollkommene Lähmung des Nervus facialis besteht. Kontraktur im rechten Mundfazialis. Rechts komplette, links partielle elektrische Ent-



artungsreaktion. Mitte Oktober 1916 entstand nach einer Eisenbahnfahrt die rechtsseitige Lähmung, drei Wochen später die linksseitige. Ende 1916 wurde Pat. aufgenommen. Außer der Diplegia fanden sich Zeichen einer frischen Lues, nach Ansicht der Spezialisten bestand die Lues etwa ein halbes Jahr. Pat. gab nun zu, im August 1916 eine Erosion am Penis gehabt zu haben; der Arzt, welchen er sofort aufsuchte, tuschierte mit Lapis und erklärte die Sache für bedeutungslos. Eine im Dezember 1916 durchgeführte energische Quecksilber- und Salvarsankur brachte alle luetischen Erscheinungen zum Verschwinden, ließ aber die Fazialislähmung ganz unbeeinflußt. So kann wohl nicht mit Sicherheit entschieden werden, ob es sich um eine luetische Fazialisdiplegie handelt oder um eine „rheumatische" bei einem Luetiker.

Fall 2. Ein 21jähriges Mädchen. Verkäuferin in einem zugigen Lokal. September 1916 trat nach mehrtägigen Schmerzen hinter dem rechten Ohr eine rechtsseitige Fazialislähmung auf. Seit 5. Oktober 1916 steht Pat. in Beobachtung. Am 23. Oktober gesellte sich zur rechtsseitigen noch eine inksseitige Fazialislähmung, die sich innerhalb einiger Tage zu einer vollkommenen Lähmung entwickelte. Beiderseits bestand starke Geschmacksstörung. Die später aufgetretene Lähmung erwies sich als die weniger schwere, besserte sich nach 14 Tagen, war nach fünf Wochen verschwunden. Die rechtsseitige Lähmung ist auch heute noch eine vollkommene. Seit zwei Monaten besteht eine Kontraktur des rechten Mundfazialis, die faradische Erregbarkeit fehlt, die galvanische ist träge und sehr herabgesetzt. Pat. ist Virgo. Wassermann im Blut negativ. Als wir das bereits konstatiert hatten, erschien der Vater des Mädchens; er sei von Gewissensbissen gequält, er habe in seiner Jugend Syphilis gehabt und fürchte, die Krankheit der Tochter sei eine Folge davon. Wir beruhigten den Vater. Bei der Tochter finden sich auch keinerlei Zeichen hereditärer Lues. Trotzdem wurde eine Quecksilberkur eingeleitet, deren Fortsetzung aber von der Patientin abgelehnt wurde.

Fall 3. Wir beobachteten vor kurzem einen 44jährigen Unteroffizier mit Diplegia facialis bei Tabes dorsalis. Keine subjektiven Tabessymptome. Differente, lichtstarre Pupillen, hypalgetische Zone am Rumpf, fehlende Achillessehnenreflexe. Lues 1902, nie behandelt. Februar 1916 trat ohne bekannte Veranlassung links, später rechts eine Fazialislähmung mit Geschmacksstörung auf. Neuerlich energische Quecksilber- und Salvarsanbehandlung. Doch bestand die Lähmung beiderseits mit partieller Entartungsreaktion noch acht Monate nach ihrem Auftreten, kaum gebessert, fort.

Fall 4. Diplegia bei Polyneuritis acuta (gonorrhoica?) mit Ausgang in vollkommene Heilung. Ein 21jähriger Freiwilliger kam im Februar 1916 zur Aufnahme, weil er seit sieben Tagen rheumatische Schmerzen im Genick und in den unteren Extremitäten, seit zwei Tagen eine rechtsseitige Fazialislähmung hatte. Wir fanden bei dem Patienten außerdem eine akute Gonorrhöe. Am Tage nach der Aufnahme trat eine linksseitige Fazialislähmung auf, deutliche polyneuritische Symptome an Armen und Beinen. Unter Bettruhe und Gonorrhöebehandlung ging nach einigen

Wochen zunächst die später entstandene linke Gesichtslähmung, nach einigen Monaten die rechte zurück. Nach fünf Monaten vollkommene Heilung.

Der Vortragende erwähnt zum Schlusse, daß er vor 20 Jahren als Assistent der Nervenklinik durch einige Monate ein neunjähriges Mädchen beobachtete, bei dem eines Tages in der Früh eine rechtsseitige Fazialislähmung aufgetreten war und dann noch im Laufe desselben Tages eine linksseitige.

c) Knopf: Der Fall, den ich mir zu demonstrieren erlaube, ist ein Patient der neurologischen Militärabteilung für Kopfverletzungen, die unter Leitung des Herrn Prof. Fuchs steht, dem ich hier für die Überlassung des Falles bestens danke.

Pat. wurde am 5. Juni 1916 durch eine Schrapnelkugel in der Mitte beider Parietalgegenden verwundet.

Er war nach der Verletzung ungefähr eine halbe Stunde bewußtlos. Als er zu sich kam, konnte er die Füße nicht bewegen, sie waren, wie er sagte, „wie tot". Die Arme waren vollständig frei beweglich.

Wenn man die Stelle der Verletzung betrachtet, erscheinen einem die Angaben des Patienten vollständig glaubwürdig.

Am 9. Juni 1916, das ist vier Tage nach der Verletzung, wurde Pat. in Solna operiert. Es soll eine Schrapnellfüllkugel entfernt worden sein. Leider hat der Pat. über seinen dortigen Aufenthalt nichts mitgebracht, und es konnte auch trotz wiederholter Urgenz nichts ermittelt werden.

Nach Aufenthalt in einigen Spitälern des Hinterlandes kam der Pat. anfangs September 1916 in das Vereinsreservespital in Brünn, wo er neuerdings operiert wurde. Da die Aufzeichnungen, die Pat. mitbrachte, mit seinen mündlichen Angaben nicht übereinstimmten, wurde schriftlich angefragt, und es kam ein Bericht, demzufolge am 12. September 1916 lose Knochensplitter aus der Wunde entfernt worden sind.

Bis dahin und auch später war Pat. vollständig gehunfähig. Er wurde mit orthopädischen Hilfsmitteln behandelt; doch ohne jeden Erfolg.

Am 23. Januar 1917 wurde Pat. herverlegt.

Er war zur Zeit seiner Aufnahme bettlägerig und konnte die Beine gar nicht gebrauchen, die Füße aktiv nicht von der Unterlage erheben, die Zehen nicht bewegen.

An der Verletzungsstelle sieht man drei Querfinger vor dem Haarwirbel eine zirka 5 cm lange, quer über die Mittellinie ziehende Narbe, die in ihrem Zentrum einen Knochendefekt raten läßt, und eine zirka 20 cm lange, hufeisenförmige Operationsnarbe, die die Verletzungsstelle umzieht.

Objektiv fand sich rechts und links Patellar- und Fußklonus, Babinski und Oppenheim war nicht vorhanden. Bauch- und Kremasterreflex rechts etwas weniger als links.

Die Sensibilität war von den Knien nach abwärts für alle Reize herabgesetzt, nach oben hatte sie unscharfe Grenzen.

Schon damals fiel ein relatives Mißverhältnis zwischen der sehr mäßig ausgesprochenen Hypertonie der Muskulatur beiderseits hinten unten und der absoluten Bewegungslosigkeit auf.



Die am 16. März 1917 im Zentralröntgeninstitute angestellte Röntgenuntersuchung ergab eine Schußfraktur beider Scheitelbeine, sowie das Vorhandensein einiger kleiner Knochen- und Projektilsplitter zum Teil oberflächlich, zum Teil in der Höhe der Lamina interna.

Alle diese Befunde wiesen eindeutig auf eine Verletzung der Hirnrinde im Bereiche der Beinzentren hin.

Pat. wurde nun durch einige Wochen mit der faradischen Rolle und Massage behandelt, ohne daß sich an seiner Gehunfahigkeit irgend etwas geändert hätte.

Mitte März unterzog ich den Patienten neuerdings einer gründlichen Untersuchung, und es zeigte sich, daß von einer Hyperplasie der Muskulatur nichts mehr vorhanden war, der Patient zeigte Reflexe rechts mehr als links, doch beide nicht klonisch. Ab und zu konnte man rechts Fußphänomen auslösen. Kein Babinski. Bauch- und Kremasterreflex rechts noch eine Spur kleiner als links.

Nun machte ich mit dem Patienten energische Gehversuche, und nach einigen Tagen ging er so, daß er mit der Hand das eine Bein in der Kniekehle hob und vorsetzte und dann das andere auf dieselbe Weise nachholte. Dabei trat ein ziemlich starker Schütteltremor auf.

In diesem Stadium wurde er dem Herrn Hofrat v. Wagner vorgestellt, und dieser bestätigte die Annahme, daß es sich um eine auf eine stattgehabte organische Läsion aufgepfropfte Hysterie handle.

Nach einigen energischen Behandlungen mit dem faradischen Pinsel wurde Pat. so weit gebracht, wie Sie ihn hier sehen.

Pat. hat früher nie hysterische Symptome geboten, eine Nachuntersuchung in dieser Richtung ergab nur eine mäßige Herabsetzung der Skleral- und Kornealreflexe.

Ähnliche Fälle, in denen auf Basis einer organischen Läsion nach Ablauf derselben sich funktionelle Störungen entwickeln, wurden von Oppenheim und anderen beschrieben, von Poetzl und Berner hier demonstriert.

Ob die klonische und die Sensibilitätsstörung nicht schon damals funktionell waren, läßt sich natürlich heute nicht mehr feststellen, nach dem Sitze der Läsion war es ja selbstverständlich, sie als organisch anzunehmen.

d) Kreidl demonstriert einen Hund zur Erläuterung des Verlaufes der gleichseitigen Hörbahn.

e) v. Wagner demonstriert einen als Neurose anzusprechenden Fall mit Fehlen der Bewegungsempfindung rechts, besonders in den kleinen Gelenken, und mäßiger Herabsetzung der Schmerz- und Wärmeempfindung rechts, ähnlich wie bei Syringomyelie, für die aber kein Anhaltspunkt besteht. v. Wagner nimmt eine atypische familiäre Erkrankung an.

f) Poetzl: Kasuistischer Beitrag zum parazentralen Skotom. (Erscheint ausführlich.)

g) Economo: Gehäuftes Auftreten von Enzephalitis (Nona). (Erschien ausführlich, Jahrb. XXXVIII. Bd. 1. H. p. 251.)

Aussprache: Hermann Schlesinger teilt mit, daß er auch in den letzten Monaten zwei Fälle von Polioencephalitis haemorrhagica superior

beobachtet hat. Die Erkrankungen setzten zu einer Zeit ein, in welcher in Wien eine sehr große Zahl auf Influenza verdächtige Fälle aufgetreten waren. Allerdings wurde der Pfeifferschen Bazillus nur ausnahmsweise gefunden, die Affektion schien zumeist Diplokokken ihre Entstehung zu verdanken. Beide Krankheitsfälle setzten mit Fieber ein, wie dies auch in zwei früheren Beobachtungen des Redners der Fall gewesen war, während in einem fünften Temperaturerhöhungen fehlten. Die von Schlesinger beobachteten Fälle verhielten sich klinisch etwas different von denen Economos, so daß man bei genauer Kenntnis einer größeren Zahl von Beobachtungen wahrscheinlich verschiedene Typen von der Krankheit wird unterscheiden können. In den von Schlesinger gesehenen Fällen waren Bulbärsymptome vorhanden, ja bei einigen standen letztere sogar im Vordergrunde, während die Beobachtungen von Economo ein solches Hervortreten bulbärer Erscheinungen vermissen lassen. In zwei Fällen war sogar ein aszendierender Typus der Affektion vorhanden, da zuerst Schluck- und bulbäre Sprachstörungen und erst später die Augenmuskellähmungen auftraten. Nur in den beiden jetzt beobachteten, nicht in den früher gesehenen, war eine doppelseitige Ptosis als Frühsymptom ausgebildet; schwere Augenmuskellähmungen, namentlich Okulomotoriusparesen, waren aber bei allen Patienten festgestellt worden. Bei einem, zurzeit noch in Beobachtung befindlichen Falle bestand eine doppelseitige Fazialisparese. Extremitätenlähmungen fehlten im Gegensatze zu den Fällen der Klinik Wagner bei allen Kranken. Hingegen war das Symptom der Schlafsucht durchwegs ausgebildet. Bei einer von Schlesinger in Gemeinschaft mit Hori beschriebenen Frau war auffallenderweise diese Erscheinung nur im Beginne der Erkrankung vorhanden und verschwand dann später trotz letalem Verlaufe. In drei Fällen bildete sich Schlafsucht erst allmählich gegen Ende der Erkrankung aus, in einem war das Symptom ein initiales Zeichen und besteht zurzeit nach dreimonatiger Dauer der Erkrankung in unverminderter Intensität fort. Der Kranke antwortet auf lautes Anrufen einige Worte und schläft dann sofort weiter. Flüssige Nahrung wird geschluckt, feste nur bei fortgesetzter Ermahnung gekaut; oft läßt der Kranke die bereits gekauten Speisen aus dem Munde fallen. Der Patient läßt Urin und Stuhl unter sich. Während einiger Tage bestand ein katatonischer Zustand. Ein Fall betraf ein junges Mädchen mit multipler Sklerose aus der Beobachtung Dr. Infelds, bei welchem die Affektion unter hohem Fieber, schwerem Sopor und unter Augenmuskellähmungen in etwa zwei Wochen zum Tode führte.

Ein Zusammenhang mit chronischem Potatorium wie in den Fällen von Wernicke konnte nur bei einem Kranken vermutet werden, in den anderen war, wie früher erwähnt, wahrscheinlich eine influenzaartige Erkrankung die Veranlassung des Leidens. Daß auch bei bulbären Erscheinungen nicht unbedingt die Medulla oblongata erkrankt sein muß, zeigt der Fall von Schlesinger und Hori, bei welchem die anatomische Untersuchung eine Pseudobulbärparalyse ergab.

E. Redlich verweist auf die hiehergehörenden Fälle von Encephalitis cerebelli et pontis.



Jahressitzung am 9. Mai 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: Schacherl.

A. Administrative Sitzung.

Bericht des Ökonomen, des Schriftführers und des Präsidenten.
Auf Antrag Strankys wird der bisherige Ausschuß wiedergewählt.

B. Wissenschaftliche Sitzung.

Poetzl: Experimentell erregte Traumbilder und ihre Beziehungen zum indirekten Sehen. (Erscheint ausführlich.)

Aussprache: Obersteiner fragt, ob sich wohl jede, wenn auch noch so ungewollte Beeinflussung der Untersuchungspersonen ausschließen ließe.

Poetzl betont nochmals. mit absolutester Vorsicht verfahren zu sein.

Stransky führt aus, daß halbbewußte Eindrücke auch auf akustischem Gebiete, ein sozusagen „peripherisches Hören" nicht selten sehr deutliche Assoziationsreihen auslöst, wie ihm persönliche Selbstbeobachtung zeigte; dies wäre ein Seitenstück zu Poetzls sicherlich sehr interessanten Ergebnissen. Allein es ist — abgesehen von den psychoanalytischen Schlußfolgerungen, die der Vortragende angedeutet hat und denen Redner kaum zur Gänze beipflichten könnte — einiges doch noch zu fragen: 1. Hat der Vortragende jedes suggestive Befragen seiner Versuchspersonen restlos vermieden? 2. Wie steht es mit den negativen Fällen? Solche müßte es doch auch geben, denn es kann nicht angenommen werden. daß der Versuch immer positiv ausfällt, gerade dann nicht, wenn der Kern der Sache ein richtiger ist; Obersteiner, dessen Anfrage an den Vortragenden sich gleichfalls anschließen möchte, pflegt in seinem Laboratorium zu lehren, daß allzu positiven Befunden im mikroskopischen Präparate zunächst immer mit einer gewissen Vorsicht begegnet werden müsse, daß da nicht selten ein Artefakt dahinterstecke; Ähnliches gilt wohl auch im allgemeinen; es wäre daher beinahe erwünscht, wenn in einer Reihe von Fällen der Versuchsausfall negativ wäre.

Federn freut sich, daß von berufener Seite eine experimentell-psychologische Bestätigung der psycho-analytisch angenommenen Verhältnisse in so glücklicher Weise versucht worden ist.

Poetzl betont, daß die Untersuchungsreihen nur als vorläufig abgeschlossen angesehen werden können und findet den Wunsch Stranskys nach negativen Fällen vorläufig etwas verfrüht. Immerhin scheine ihm die Auflösung der Traumbilder in den vorgeführten Fällen eindeutig.

Wissenschaftliche Sitzung am 12. Juni 1917.

Vorsitzender: Obersteiner.
Schriftführer: L. Dimitz.

a) A. Fuchs: Epilepsie-Tetanie.

J. M., 22 Jahre alt, Bauer (Soldat seit Oktober 1915, zuletzt in Pflege



des Vereinsreservespitals Nr. 1), wurde am 15. Mai 1917 ambulatorisch untersucht und am 16. Mai 1917 aufgenommen.

Er berichtet, daß er in seiner galizischen Heimat im Jahre 1913 an Krampfanfällen erkrankte und schildert Zuckungen in der rechten oberen Extremität, welche sich mehrmals in mehrtägigen Intervallen wiederholten. Nach einigen Wochen sollen sich an diese Zuckungen unmittelbar allgemein konvulsive Anfälle mit Verlust des Bewußtseins angeschlossen haben. Diese Anfälle hörten im Jahre 1914 nach einer Behandlung in seiner Heimat auf; welcher Art diese Behandlung war, weiß er nicht anzugeben. Er kam im Oktober 1915 zum Militär und im Februar 1916 ins Feld, wegen Brustschmerzen aber bald zurüch und im Januar 1917 wieder ins Feld und zwar diesmal in die Nähe von Görz. Bis dahin hatte er beim Militär keine Krämpfe gehabt. Bald nach seiner Einrückung im Görzer Bereich traten Krämpfe auf, welche er als Tetaniekrämpfe schildert, ohne Bewußtseinsverlust; dies war in der zweiten Hälfte Februar 1917. Außer diesen Krämpfen hatte er aber auch Anfälle, so wie er sie im Jahre 1913 zu Hause gehabt hat. Er hatte nun zweierlei Krampfzustände: die größeren, mit Bewußtseinsverlust, wo er gar nichts von sich wußte, und die kleinen (so drückt er selbst sich aus), wo er nur die Steifheit in den Händen und Füßen hatte — so wie zur Zeit der ersten Untersuchung am 15. Mai und die er beim ersten Examen auch gleich demonstriert, als typische Krampfstellung der Hände bei Tetanie. Bei den größeren Anfällen mit Bewußtseinsverlust soll auch einige Male Zungenbiß und Sezessus eingetreten sein. Es liegen Vormerkblätter vor vom Feldspital (1602) vom 21. Februar 1907. Auf diesen ist nur notiert, daß er keine Lähmung hat, aber Brom erhielt und ins Feldspital 192 abgeschoben wird. Von diesem bestehen keine Aufzeichnungen. Im nächsten Spitale, Reservespital Klattau, wurden am 15. März 1917 deutliche Tetaniekrämpfe zunächst zwar ohne Diagnose, aber unzweifelhaft geschildert: „Stellung der Finger der Hand so, daß die Finger im Metakarpophalangealgelenk flektiert wenig gebogen und der Daumen gegen Zeige- und Mittelfinger sich ansetzt, Bewegungen möglich."

Am 23. März 1917 ist auf dem Vormerkblatt die Krankheitsbenennung eingetragen: „Stellung der Hand wie bei Tetanie, Muskeln der oberen Extremitäten tonisch gespannt."

Am 29. März kam Pat. nach Wien, und zwar ins Vereinsreservespital 1 vom Roten Kreuz. Dort traten beide Formen von Anfällen auf: Das Vormerkblatt trägt die Diagnose „Morbus sacer" (diese Anfälle sind aber nicht näher beschrieben) und auch die Diagnose „Tetanie". Der Chefarzt der Abteilung, Herr Stabsarzt Prof. A. Klein, welchem ich für die freundliche Zuweisung des Patienten sehr dankbar bin, veranlaßte eine Stuhluntersuchung, welche im pharmakognostischen Institut durch Herrn Privatdozenten Dr. Wasicky vorgenommen wurde. Diese hatte folgendes Ergebnis:

„Der Stuhl enthält Secale cornutum in solchen Mengen im Verhältnis zu den aus Mehlkost stammenden Gewebsbestandteilen, wie es nach unseren Erfahrungen einem mit Secale cornutum ziemlich stark verunreinigten Mehle entspricht."



Diese Untersuchung wurde am 27. April 1917 vorgenommen. Ich habe den Kranken am 15. Mai 1917, also 18 Tage später, zunächst ambulatorisch gesehen und am 16. Mai aufgenommen. Am 15. und 16. Mai hatte Pat. klassische Tetanie, Spontankrämpfe und alle Symptome der Tetanie in voller Entwicklung. Schon bei der ersten Untersuchung am 15. Mai erhielt ich auf Klysma Darminhalt. Dieser wurde von da ab nach der Aufnahme des Patienten täglich untersucht und die Entleerung durch Pulv. Liquir cps. gefördert.

Die Stuhluntersuchungen ergaben, daß am 15. und 16. Mai Sekale noch reichlich vorhanden war. Vom 16. Mai ab nahm der Mehlgehalt ab und war Sekale nicht mehr nachweisbar. Ich habe in diesem Falle keine Mehlabstinenz eingeführt, sondern gewöhnliche gemischte Kost, wie dies im allgemeinen jetzt vorherrscht, hauptsächlich Gemüsekost gegeben und mich sonst nur auf das Abführmittel beschränkt. Dementsprechend wurden die Mehlreste im Stuhl von Tag zu Tag weniger. Anfangs waren auch Agrostema und andere Ausreuter nachweisbar. Auch diese sind geschwunden.

Die sekalehaltigen Stuhlpräparate erlaube ich mir unter wiederholtem Danke an Herrn Privatdozenten Dr. Wasicky zu demonstrieren. Am 18. Mai will Pat. nachts Krämpfe an den Händen gehabt haben. Dieselben wurden aber nicht beobachtet.

Am 19. Mai früh war von Tetaniesymptomen nichts nachweisbar, sowie auch derzeit weder Chvostek, noch Trousseau, noch auch elektrische Übererregbarkeit oder sonst ein latentes Symptom nachweisbar sind. Am 15. Mai war vom Fazialisstamm mit 0·8 MA. KSZ. auslösbar, gestern (10. Juni) sowie schon am 20. Mai erst bei 1·4 MA. bis 1·2 MA.

Während der Beobachtung ist hier seither weder ein Tetanieanfall noch ein epileptischer Anfall aufgetreten, der Pat. befindet sich vollkommen wohl und hat an Gewicht nicht unwesentlich zugenommen. Pat. hat zwar, wie gesagt, eine wenig mehlhaltige Kost erhalten, wurde aber außer regelmäßigem Gebrauch von Laxantien weder einer medikamentösen, noch sonstigen Therapie unterzogen, insbesondere bekam er weder Brom noch sonstige Medikamente.

Der Fall reiht sich somit in bezug auf die Heilung der Tetanie vollkommen allen den zahlreichen anderen an, welche ich bisher beobachtet habe, und würde nach dieser Richtung nichts Besonderes bieten.

In der Krankengeschichte des Pat. erschienen jedoch mehrere Umstände auffällig: vor allem der relativ milde Verlauf der Tetanie, welche sich im Februar 1917 im Felde gleichzeitig mit Rezidive seiner früheren Epilepsie eingestellt hatte. Im Vergleich mit einer früheren Erfahrung bei einem Soldaten, welcher mit zweifellosem Ergotismus unter dem Bilde der Tetanie herkam, welchen ich auch seinerzeit demonstriert und veröffentlicht habe [1]), war der Verlauf, von der komplizierenden Epilepsie abgesehen, auffallend milde und ebenso der Sekalegehalt des Stuhles nicht so hochgradig wie in dem ersteren Falle. Ganz besonders auffallend aber ist die offen-

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1915, Nr. 19.



kundige Pause im Auftreten beider Anfälle, so daß im Feldspital, wohin doch der Kranke wegen Anfälle gebracht wurde, keine beobachtet wurden. Eine Verschlechterung trat im März auf, so daß am 15. März zweifellos Tetanie bestand (Reservespital Klattau), und schließlich wurde dieser Zustand im Reservespital Nr. 1 in Wien wieder beobachtet, zusammen mit epileptischen Anfällen. Dauernd aufgehört haben beide Anfälle erst hier. Herr Privatdozent Dr. Wasicky hatte die Güte, Brotproben, Mehl- und Mehlspeiseproben des Reservespitals Nr. 1 über meine Bitte zu untersuchen. Im Brote des Reservespitals Nr. 1 ist Sekale enthalten gewesen; im Mehl und den aus dem dortigen Mehle bereiteten Speisen (zur Untersuchung kamen Nudeln) nicht.

Die Kontrolluntersuchungen unseres Brotes hier ergaben, daß dasselbe, sowie die anderen Mehlprodukte sekalefrei ist. Es ist daher sicher, daß die von dem Patienten im Felde, und zwar im Görzer Bereich erworbene Sekaletetanie (wobei natürlich fraglich bleibt, ob das Brot ein dortiges Produkt war) hier aufrecht erhalten wurde. In so geringer Menge, wie das Sekale in dem sekalehaltigen Brot hier enthalten ist, würde dieses die Krampfzustände wahrscheinlich nicht primär hervorgerufen haben. Es ist aber begreiflich, daß diese Krämpfe, wenn sie einmal entstanden sind, durch geringere Dosen weiter unterhalten wurden.

Mit vollkommenem Wegfall des Giftes sind, wie in allen anderen Fällen meiner bisherigen Beobachtung, alle Tetaniesymptome geschwunden.

Ein weiteres Interesse bildet der Fall durch das Nebeneinanderbestehen von Epilepsie und Tetanie. Es ist bekannt, daß dieses Vorkommnis nicht selten ist. Ich verweise auf die Arbeit v. Economos[1]) und insbesondere von Redlich aus dem Jahre 1911, welcher dieses Verhältnis auf Grund der bis dahin vorhandenen Literatur und auf Grund seiner eigenen Erfahrungen eingehend erörtert hat. Bei der großen Häufigkeit der Epilepsie ist natürlich von vornherein die Möglichkeit vorhanden, daß beide Erkrankungen bei demselben Individuum auftreten, ohne daß irgend ein Zusammenhang zwischen beiden Symptomengruppen vorhanden sein müßte. Die zweite Möglichkeit ist jedoch die einer gemeinsamen ätiologischen Basis für die Epilepsie und Tetanie. Redlich[2]) hat in seiner Arbeit diesen Gegenstand und die Literatur über diese Frage einer eingehenden, kritischen Darlegung unterzogen. Es ist meines Wissens hierüber seit seiner Arbeit nichts Neues bekannt geworden. Seitdem ich mich mit der Frage der Sekaletetanie beschäftige, beziehen sich meine eigenen Erfahrungen bis jetzt auf vier Fälle von gleichzeitigem Bestande beider Krampfformen, zu welchen der hier vorgestellte als fünfter hinzukommt. In zwei Fällen meiner Beobachtung waren die epileptischen Anfälle nach der Tetanie aufgetreten, in den anderen zweien hat vor dem Auftreten der Tetanie Epilepsie schon bestanden, und zwar jahrelang vorher. Dazu kommt dieser Fall als der dritte. In allen vier früheren Fällen sind, wie überhaupt in allen Fällen von Tetanie, welche ich gesehen habe, die Tetaniesymptome nach Ein-

[1]) Wiener klin. Rundschau 1909.

[2]) Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie 30, 1911.



leitung der mehlfreien Kost vollkommen verschwunden. In drei Fällen, also auch in einem, wo die Epilepsie schon früher bestanden hat, sind auch die epileptischen Anfälle ausgeblieben. In dem hier vorgestellten Falle sind die epileptischen Anfälle auch ausgeblieben, aber die Zeit ist natürlich noch zu kurz, um von einem länger dauernden oder vollkommenen Resultat sprechen zu können.

Immerhin glaube ich auf Grund meiner Erfahrungen sagen zu können, daß es zweifellos Fälle gibt, wo Sekaletetanie von epileptischen Anfällen die früher nicht bestanden haben, begleitet wird, daß also hinreichender Grund vorhanden ist, anzunehmen, daß es Fälle gibt, wo beide Symptomengruppen auf das Sekale zurückzuführen sind und beide Symptomengruppen durch entsprechende diätetische Maßnahmen heilbar sind. Ob diese Heilung, namentlich was die epileptischen Anfälle betrifft, eine restlose ist, kann für einzelne Fälle zutreffen, für andere Fälle fraglich sein. Denn daß eine einmal erworbene Krampfneigung der Rinde ein Präjudiz für die Zukunft schafft, ist eine sichere Erfahrung, welche Redlich mit den Worten ausdrückt, daß „Schädlichkeiten, die einzelne epileptische Anfälle auslösen können, unter besonderen Umständen auch zur Entwicklung der Krankheit Epilepsie Anlaß geben können". Für die Sekaletetanie erscheint mir ebenso eine einmal durchgemachte Erkrankung eine Prädisposition für neuerliche Erkrankung zu hinterlassen. Es kann ja ein Giftstoff eine Erkrankung bedingen, welche mit Wegfall des Giftes nicht heilt, sondern bestehen bleiben und sich sogar weiterentwickeln kann.

Es ist ferner bekannt, daß in vielen Fällen von Epilepsie ein besonders lebhaftes Chvosteksches Symptom vorhanden ist, und es wurde hiefür eine ganze Reihe von Deutungen vorgeschlagen, welche meiner Ansicht nach nicht zutreffen. Ich habe im Vorjahre meine Erfahrungen über das Zeichen von Chvostek veröffentlicht[1]; und dieselben seither bereichert. Auf Grund derselben möchte ich nochmals und mit noch größerer Bestimmtheit meiner Ansicht Ausdruck geben, daß das Zeichen von Chvostek überall dort, wo es in besonders starker Weise ausgesprochen ist, ganz verschwindet oder auf geringe Spuren zurückgeht, wo eine streng mehlfreie Kost unter entsprechenden sonstigen Kautelen durchgeführt wird. Ich habe diese Versuche auch in zwei Fällen von Epilepsie ohne Tetanie mit starkem Chvostekschen Phänomen durchgeführt und auch hier dasselbe beobachtet. Leider gestatten die jetzigen Zeiten keine größere Beobachtungsreihe nach dieser Richtung hin. Es erscheint mir jedoch schon jetzt außer Frage, daß das Chvosteksche Zeichen nur einen Bezirk der allgemein gesteigerten Erregbarkeit des Zentralnervensystems vorstellt, welche Übererregbarkeit durch das dem Sekale entstammende Gift hervorgerufen wird.

In einer diesen Gegenstand betreffenden gemeinsamen Arbeit mit Wasicky[2]) haben wir bereits darauf hingewiesen, daß neben Sekale auch in zweiter Linie Sporen anderer Getreideparasiten in Betracht kommen können, da alle diese Eiweißspaltungsprodukte darstellen, die gleich sind

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1916, Nr. 36.

[2]) Ibid. 1915, Nr. 25.



jenen, welche durch bakterielle Zersetzung im Darm vorkommen. Diese Möglichkeit drängt sich deshalb auf, weil wir regelmäßig in den sekalehaltigen Stühlen und Mehlen Sporen anderer Ausreuter finden, und weil in manchen Fällen von Tetanie wenig Sekale und viele dieser anderen Ausreuter zu finden sind.

Auf Grund aller dieser Erfahrungen würde ich empfehlen, selbstredend bei der Kombination Epilepsie-Tetanie, aber auch in solchen Fällen von Epilepsie ohne Tetanie, wo ein besonders starkes Zeichen von Chvostek besteht, Abführkur und mehlfreies Regime als Therapie einzuleiten, wobei ja in den letzteren Fällen von bloßer Epilepsie und nur starkem Chvostek selbstverständlich gegen den Gebrauch von Brom und allen anderen gegen die Epilepsie gerichteten Maßnahmen kein Einwand besteht. Der eben vorgestellte Fall scheint mir diesen Weg zu befürworten.

Aussprache: Schlesinger: Ergotismus kann Tetanie hervorrufen, ob aber die gewöhnliche Tetanie durch Ergotinvergiftung hervorgerufen wird, muß gewisse Zweifel erwecken, wenn man bedenkt, daß die Tetanie mit Vorliebe auf bestimmte Klassen beschränkt bleibt. Schlesinger hat auf seiner Abteilung folgende Versuche gemacht: Leute mit mechanischer Übererregbarkeit der Nerven bekamen Sekale, und zwar nicht entöltes Secale cornutum (1·5 bis 1·8) durch längere Zeit, vier bis sechs Wochen. Kein einziger bekam eine Sekalevergiftung oder weitere Tetaniesymptome, nur hie und da trat ein leichtes Ziehen in der Gegend der Hand- oder Sprunggelenke auf. Ferner hat Schlesinger fünf Tetaniefällen, nachdem die Tetanie abgelaufen war, Sekale verabreicht. Zwei Fälle, wovon der eine eine Strumatetanie, der andere eine mit Epilepsie kombinierte Tetanie war, wurden rezidiv. Überdies weist Schlesinger auf schwere Tetaniefälle hin, die trotz Verabreichung von Mehlkost rasch ihre Tetanie verloren. Man könne also nicht eine solche Verallgemeinerung im Zusammenhang zwischen Tetanie und Ergotismus annehmen, wie Fuchs es tue.

Pilcz fand bei vielen gesunden, aus der Front kommenden Soldaten Fazialisphänomen und berichtet über zwei nervengesunde Offiziere, die, von der Front zurückgekehrt, lebhaftes Fazialisphänomen aufwiesen, auffälligerweise während ihres Urlaubes in Wien dieses Phänomen verloren.

Elzholz berichtet über einen von ihm kürzlich gesehenen Fall von Tetanie, bei dem, nachdem er im Krankenhaus der Kaufmannschaft (Abteilung Primarius Donath) auf mehlfreie Kost gesetzt worden war, die Symptome der Tetanie sich rasch zurückbildeten. Was den Fall im Hinblick auf die Ausführungen des Vortragenden bemerkenswert machte, war, daß mit dem Schwinden der Tetaniesymptome eine akute Psychose einsetzte, die durch Verwirrtheit, motorische Unruhe und ein indezentes, mit dem früheren Wesen des Patienten kontrastierendes Verhalten gegenüber dem weiblichen Pflegepersonal gekennzeichnet war. Als Redner den Patienten am nächsten Tage, nachdem er obiges Bild geboten hatte, sah, war er etwas benommen, leicht unbesinnlich, aber orientiert und wußte nichts von den Vorgängen, durch die er in der voraufgegangenen Nacht den Eindruck eines Geisteskranken gemacht hatte. Bei einer neuerlichen Untersuchung nach einigen Tagen war er klar und bis auf ein etwas geistig träges Wesen,





das ihm anscheinend habituell anhaftete, frei von Symptomen psychischer Störung. Diesmal und auch bei einer dritten Untersuchung bot er die gleiche Amnesie für die psychischen Auffälligkeiten auf der Höhe der Erkrankung, wie anläßlich der ersten Untersuchung. Redner ist der Meinung, daß die Ausführungen des Vortragenden mit der durch den Einzelfall gebotenen Vorsicht die Frage aufzuwerfen gestatten, ob der von ihm mitgeteilte Anfall psychischer Störung bei einem Falle von Tetanie nicht eine epileptische Psychose war.

J. Bauer: Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß von dem gleichen Mehl, das der von Prof. Fuchs vorgestellte Patient mit Tetanie-Epilepsie genossen, eine große Anzahl von Menschen gleichfalls gegessen hat, die jedenfalls in der weitaus überwiegenden Mehrheit keine Krankheitserscheinungen davongetragen haben. Damit ist gesagt, daß das Sekale unter den ätiologischen Momenten der Tetanie-Epilepsie nur eine untergeordnete Rolle spielt, daß es bestenfalls eine substituierbare Bedingung unter den Krankheitsfaktoren darstellen kann. Die obligate Bedingung, der weitaus wesentlichere Faktor ist die individuelle Disposition, die unserem heutigen Wissen zufolge in einer besonderen Funktionsschwäche, in einer Minderwertigkeit der Epithelkörperchen gesucht werden muß, sei es, daß eine solche Minderwertigkeit konstitutionell oder im Laufe des Lebens erworben ist. Besteht eine derartige individuelle Disposition, dann können die verschiedensten Schädigungen die Krankheitserscheinungen der Hypoparathyreose auslösen und Sekalegenuß rangiert offenbar neben Gravidität, Laktation, allerhand anderen Giften, Pylorusstenose, Nephritis und vielen anderen als „substituierbare" Bedingung.

Daß in den Fuchsschen Fällen neben Tetanie auch Epilepsie bestanden hat, steht in bester Übereinstimmung mit der Annahme einer Hypoparathyreose, denn eine solche gibt zweifellos auch ein prädisponierendes Terrain für die Epilepsie ab. Dafür spricht außer den Erfahrungen des Tierexperimentes (Kreidl), außer der Häufigkeit des Chvostekschen Phänomens bei Epileptikern auch das Hervorwachsen der Epilepsie aus der kindlichen Spasmophilie. Mehr, als dies zu geschehen pflegt und auch in der vorliegenden Frage geschieht, ist das ätiologische von dem pathogenetischen Problem zu trennen.

Karplus berichtet, daß er bei relativ vielen Fällen von Tetanie kein Sekale im Stuhl gefunden habe und daß diese Fälle ohne Brot- und Mehlabstinenz gesund wurden.

Federn spricht über Blutdruck bei Tetanie.

A. Fuchs (Schlußwort): Die bekannte Erscheinung, daß mit Vorliebe bestimmte Berufsklassen von Tetanie befallen werden, findet ihre Erklärung nicht in einem Zusammenhang zwischen einem bestimmten Beruf und der Tetanie, sondern darin, daß jene Menschen gehäuft erkranken, welche, so wie die Heimarbeiter, immer auf die gleiche Nahrung und Mehl gleicher Provenienz angewiesen sind. Es ist auch beweisend dafür, daß nicht der Beruf des Schuhmachers zum Beispiel mit Tetanie zusammenhängt, da in anderen Orten, so wie bei uns die Schuster, wieder andere Arbeiterkategorien vorzugsweise erkranken. So waren es zum Beispiel in



Petersburg Glaser, in anderen Staaten wieder ganz andere Berufe. Ganz besonders beweisend für diese Auffassung ist aber der Umstand, daß beim Ergotismus ganz dieselbe Prävalenz von bestimmten Berufsklassen besteht und von den Beschreibern der Ergotismusepidemie auch diese Berufe aufgezählt werden; wieder Schuster, Schneider, Böttcher usw. (Heimarbeiter). Auf alle diese Verhältnisse wurde bereits in der Publikation von 1911 hingewiesen.

Daß durch Sekale in medizinischer Dosis nicht Tetanie herbeigeführt wird (wenn auch nach eigener Beobachtung des öfteren Zunahme des Chvostekschen Symptoms eintritt), erklärt sich daraus, daß Sekale erst einen bestimmten chemischen Umwandlungsprozeß durchmachen muß. Wäre Sekale in natura in der von Schlesinger gegebenen Menge toxisch wirksam, so würde vor allem Ergotismus eintreten, denn daran, daß Sekale Ergotismus erzeugen kann, kann doch wohl nicht gezweifelt werden. Herr Professor Schlesinger hat nach eigener Aussage in einem Falle Parästhesien der Hände beobachtet, hat sich also schon der toxischen Grenze der Kriebelkrankheit genähert. Welcher Art die Umwandlung des Sekale zur Erzeugung der Giftwirkung sein muß, behalte ich mir vor, nach Abschluß meiner seit langem nach dieser Richtung hin im Gange befindlichen Versuche mitzuteilen.

Wenn als Einwand ferner geltend gemacht wird, daß Tetanie im Spital auch bei fortgesetzter Mehlkost ausheilt, so wurde gerade der eben vorgestellte Pat. vornehmlich aus dem Grunde demonstriert, um zu zeigen, woran dies liegt. In einer Station, wo er wenn auch minimale Sekalemengen mit dem Mehl weiter bekam, konnte er nicht genesen, während in der hiesigen Station die Erkrankung trotz fortgesetzter Mehlkost (die aber absolut sekalefrei war) sofort genesen ist.

Die Spasmophilie der Kinder, insoferne es sich um Tetanie handelt, halte ich ebenso wie die endemische Tetanie überhaupt für Sekalewirkung, wobei ich auf die mit Wasicky veröffentlichten Versuche verweise, daß Sekaleelemente in die Milch übergehen, ohne daß die Milchspenderin Ergotismus hat. So löst sich auch das Problem, warum so viele Mütter tetaniekranker Kinder lebhaften Chvostek haben, warum im allgemeinen Tetanie häufiger bei künstlich oder zu gefütterten Kindern auftritt usw. Die Frage, ob Sekale oder andere Parasiten, die ja auch auf Gramineen wachsen, chemisch auch in Kuhmilch übergehen, ist seit längerer Zeit in unserem Arbeitsplan gelegen.

b) Poetzl: Zur Frage der perizentralen Aussparung im Gesichtsfeld der Hemianopiker. (Erscheint ausführlich.)

Aussprache: Marburg.

Poetzl (Schlußwort).



JAHRBÜCHER

für

PSYCHIATRIE

und

NEUROLOGIE.

Organ des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

HERAUSGEGEBEN

von

Dr. F. Hartmann, Professor in Graz. **Dr. K. Mayer,** Professor in Innsbruck. **Dr. H. Obersteiner,** Professor in Wien.

Dr. A. Pick, Professor in Prag. **Dr. J. Wagner v. Jauregg,** Professor in Wien.

REDIGIERT

von

Dr. O. Marburg und **Dr. E. Raimann**

in Wien.

NEUNUNDDREISSIGSTER BAND, 2. u. 3. HEFT.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1919.

Verlags-Nr. 2525.





Aus dem Garnisonsspital Nr. 7 in Graz.

Über Simulation von Geistesstörung.

Von

Dr. phil. u. med. Alfred Šerko,

Oberarzt.

Man spricht von Simulation eines Krankheitsbildes oder eines Krankheitssymptomes, wenn ein Individuum zweckbewußt handelnd oder durch sein äußeres Verhalten etwas vortäuscht, was ihm momentan nicht zukommt, was es somit aus eigener Erfahrung entweder gar nicht oder doch nur von früheren Erfahrungen her kennt.

Diese Definition erfordert somit zunächst zweckbewußtes, absichtliches Handeln oder zumindest ein entsprechendes äußeres Verhalten seitens des „Kranken". Rein subjektive Symptome (wie z. B. Kopfschmerzen, Schwindelanwandlungen, Zwangsvorstellungen, Halluzinationen usw.) können nur insoweit simuliert werden, als sie das Handeln des Betreffenden oder sein äußeres Verhalten zu beeinflussen imstande sind. Eine bloße unwahre Behauptung eines Menschen, an einer Krankheit oder einem Krankheitssymptome zu leiden, ohne daraus bestimmte Konsequenzen zu ziehen, d. h. ohne sich nach außen dem Leiden irgendwie entsprechend zu verhalten, kann nicht als Simulation, sondern nur als bloßes Vorschützen der betreffenden Krankheit, bzw. des Leidens bezeichnet werden. Erst das Produzieren von objektiv wahrnehmbaren Symptomen irgendwelcher Art, sei es solcher, die das Leiden unmittelbar zum Ausdruck bringen oder dieses erfahrungsgemäß begleiten, sei es solcher, die nur mittelbar auf das Vorliegen einer Störung hinweisen, macht das eigentliche Wesen der Simulation aus, und auch das nur dann, wenn dieses Produzieren zu einem ganz bestimmten Zweck und absichtlich in Szene gesetzt wird. Dieser letztere Zusatz erscheint zunächst als selbstverständlich und deshalb überflüssig, ist aber zur Definition

der Simulation erforderlich, wenn man erwägt, daß das Vortäuschen von nicht vorhandenen Störungen unter Umständen, z. B. bei Hysterischen, als Selbstzweck auftreten und sich darin erschöpfen kann. Auch in diesem Falle kann man, streng genommen, nicht von Simulation sprechen, da hier die Lust am Vortäuschen von Krankheitssymptomen als eine krankhafte Laune und somit selbst als ein Krankheitssymptom einer wirklichen Krankheit erscheint. Da ferner die Simulation ein Handeln oder doch ein äußeres Verhalten für sich erfordert, kann auch die Verleugnung von Krankheitserscheinungen, die sogenannte Dissimulation gewisser Geisteskranker, gleichfalls nicht zur Simulation gerechnet werden.

Die zweite Bedingung der Diagnosenstellung Simulation ist laut obiger Definition das tatsächliche Fehlen des vorgetäuschten Krankheitssymptoms oder Symptomenkomplexes. Täuscht ein Schwerhöriger oder Schwachsichtiger einen höheren Grad von Schwerhörigkeit, bzw. Schwachsichtigkeit vor, als davon tatsächlich vorliegt, so fällt das unter den Begriff der Aggravation. Das Übertreiben ist kein Simulieren. Und die Aggravation wird auch dann nicht zur Simulation, wenn ein Mensch etwa zu den tatsächlich vorhandenen Störungen andere, de facto nicht vorhandene hinzutäuscht, in dem Bestreben, die seiner Meinung nach mangelhafte Symptomatologie seines Krankheitsbildes zu vervollständigen.

Von einer Simulation von Geistesstörung werden wir somit nach der obigen Begriffsbestimmung nur dann sprechen, wenn ein Geistesgesunder absichtlich und zweckbewußt Störungen seitens seines Geisteslebens durch entsprechendes Handeln oder äußeres Verhalten vortäuscht. Eine sogenannte Simulation eines wirklich Geisteskranken, etwa eines Katatonikers, Querulanten, Schwachsinnigen, werden wir von der eigentlichen Simulation auszuschließen und die Verstellung den anderen Krankheitssymptomen hinzuzuzählen haben.

So einfach nun die Begriffsbestimmung der Simulation nach dem Obigen erscheint, so ungemein schwierig gestaltet sich die Sache, sobald man versucht, den Begriff der Geistesstörung selbst zureichend zu definieren. Und doch ist zumindest der Versuch einer solchen Definition bei einer Abhandlung wie die vorliegende kaum zu umgehen. Es kann nämlich nicht geleugnet werden und wird von allen Psychiatern zugegeben, daß die Tatsache der Simulation einer Geistesstörung selbst der Ausdruck einer geistigen Minderwertigkeit, einer krankhaften Artung sei und fast nur bei Menschen beobachtet wird,



die auch sonstige unzweifelhafte Züge einer psychischen Unausgeglichenheit und Unfertigkeit, einer charakteriologischen Minderwertigkeit und allgemeinen psychischen Degeneration darbieten, welche Züge unter Umständen wohl auch eine Intensität erreichen können, wo von einer Geistesstörung im engeren Sinne gesprochen werden kann. Unter diesen Umständen erschiene aber die Simulation abermals nur als ein Symptom neben anderen Symptomen einer geistigen Alteration und unsere Definition bestünde nicht mehr zurecht. Eine Klarheit in diesen Fragen wäre somit nur durch eine klare und eindeutige Begriffsbestimmung der Geistesstörung selbst zu gewinnen. Das Bedürfnis nach einer solchen ist auch tatsächlich von jeher in der Psychiatrie sehr lebhaft gewesen und bildete, wie Kraepelin sagt, den Ausgangspunkt zahlloser, angestrengter Bemühungen, scharfsinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Beweisführungen. Die Schwierigkeit liegt darin, daß es ganz unmerkliche, fließende Übergänge zwischen dem Gesunden und dem Krankhaften auf dem Gebiet des Seelenlebens in noch weit höherem Grade gibt, als auf den übrigen Gebieten der Medizin, Übergänge, die oft kaum eine Fixierung erlauben, bei gleichzeitig vollständigem Fällen aller pathologischen Anatomie oder sonstiger exakt faßbarer objektiver Symptome. Diese Umstände sind auch die Quelle aller Unsicherheit in der Psychiatrie, aller Unerquicklichkeiten bei der Stellungnahme ihrer Vertreter in foro, sowie des noch immer der Psychiatrie anhaftenden spekulativen Zuges. Erst allmählich hat sich dann die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß es eine scharfe Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit gar nicht gibt noch geben kann und daß es im wesentlichen auf einer, je nach dem Standpunkte des jeweiligen Beurteilers verschiedenen Wertung beruht, ob dieser einen seelischen Vorgang pathologisch oder noch normal nennen will. Als eine natürliche Folge dieser subjektiven Wertung psychischen Geschehens in der sich zur exakten Wissenschaft entwickelnden Psychiatrie erschien ein Grenzgebiet zwischen unanfechtbarer Geisteskrankheit und einwandfreier geistiger Gesundheit, welches bei fortschreitender Vertiefung unseres Wissens über die seelischen Vorgänge und ihre ursächlichen Zusammenhänge immer mehr an Umfang zugenommen hat und gegenwärtig ein praktisch wie theoretisch höchst wichtiges Gebiet im Rahmen der speziellen Psychopathologie geworden ist. Seine eminent praktische Bedeutung gewann dieses Grenzgebiet vor allem in der forensischen Psychiatrie. Nachdem die



moral-theologisch-psychiatrische Irrlehre Heinroths und anderer, wonach die Geisteskrankheiten als selbstverschuldete Manifestationen begangener Sünden galten, überwunden war und die Psychosen als der Ausdruck eines krankhaft funktionierenden Gehirns aufgefaßt wurden, trat an die Psychiatrie die Aufgabe heran, bei auf Geistesstörung verdächtigen forensischen Fällen zu entscheiden, ob tatsächlich eine Geisteskrankheit vorliege und ob gegebenen Falles diese Geistesstörung die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Betreffenden ausschließe oder nicht, mit einem Wort: es trat neben die rein akademisch-theoretische Wertung des psychopathologischen Geschehens die strafrechtlich-praktische. Bei dieser handelte es sich nicht mehr nur um die Frage, ob ein gegebener seelischer Vorgang oder eine Tat als der Ausdruck dieses Vorganges als normal oder als pathologisch zu bezeichnen sei, sondern um die praktisch eminent wichtige Frage nach der strafrechtlichen Wertung einer, biologisch gewertet, pathologischen Erscheinung. Und gerade hier versagen alle Wertungskriterien, an dem Maßstabe exakter Wissenschaft gemessen. Man kann ohneweiters definieren: Pathologisch ist alles, was verallgemeinert die Art (genus) schädigen oder gar in ihrer Erhaltung bedrohen, und forensisch ist alles, was verallgemeinert die jeweilige menschliche Gesellschaft schädigen oder ihre Existenz in Frage stellen würde; man hat aber kein sicheres Kriterium, um eine, als pathologisch und kriminell erkannte Willensäußerung auf ihre strafrechtlich-moralische Stellung zu werten. Was da entscheidet, sind rein praktische Gesichtspunkte, exakt wissenschaftlich so wenig fundiert und genau so spekulativ wie die Strafrechtstheorien selbst. Die Sache gestaltete sich aber noch verwickelter, als der Verbrecher selbst als solcher, ohne Rücksicht auf eine etwa vorliegende geistige Abnormität, der psychiatrischen Forschung und ihrer Betrachtungsweise unterzogen wurde und sich die tiefgehende Erkenntnis durchrang, daß wir im Verbrechen nichts anderes als wiederum nur ein Symptom abnormaler Geistesartung seiner Träger zu erblicken haben, den Ausdruck einer psychischen Degeneration, einer Abweichung von der „gesunden Norm“, begründet in angeborenen oder erworbenen Schädigungen der höchsten Gehirnleistungen.

Kein Wunder, wenn bei solcher Sachlage jenes psychopathologische Grenzgebiet in den Vordergrund des psychiatrischen Interesses geschoben und einer intensiven wissenschaftlichen Durcharbeitung unterworfen wurde.



Als Frucht dieses Studiums erstand die moderne Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten. Neben zahllosen anderen Varietäten menschlicher Entartung fanden auch das Verbrechen wie die Simulation ihre Einordnung unter diesen Begriff. Dadurch traten sie mit anderen Entartungsformen in nähere Beziehung und untereinander in nahe Verwandtschaft, welch letztere, ganz abgesehen davon, daß die Simulation als eine Art Betrug angesprochen werden muß und stets einen ethischen Defekt voraussetzt, auch dadurch zum Ausdruck kommt, daß die Vortäuschung von Krankheit und ganz besonders von Irresein in weitaus überwiegender Häufigkeit bei Verbrechern beobachtet wird. Alle erfahrenen Psychiater sind sich darüber einig, daß eine volle Simulation von Geistesstörung eine ungemein seltene Erscheinung ist. Kraepelin, um nur diesen zu zitieren, sagt diesbezüglich: „Ich bin mit der Annahme reiner Verstellung ohne anderweitige Geistesstörung im Laufe der Zeit immer zurückhaltender geworden, zumal ich eine ganze Anzahl meiner ehemaligen Simulanten nachträglich habe verblöden sehen. Darum kann ich nur dringend raten, nach Jahren immer wieder einmal die Reihen derer zu prüfen, die einst als Simulanten ‚entlarvt' wurden. Man wird übrigens finden, daß für den Gesunden triftige Beweggründe zur Vortäuschung von Irresein naturgemäß recht selten sein müssen. Ich will indessen einräumen, daß in Großstädten mit ihrer eigenartigen Verbrecherbevölkerung und ebenso in Untersuchungsgefängnissen die Verhältnisse besonders schwierig liegen."

Durch die Erkenntnis, daß das Verbrechen als der hauptsächlichste Träger der Simulation in das Reich des Krankhaften, Abnormen gehört, wird allerdings über seine strafrechtlich-praktische Wertung zunächst noch nichts ausgesagt. Diese wird nach wie vor von rein praktischen Gesichtspunkten aus, nach soziologischen Momenten bestimmt. Bildet das Verbrechen oder die antisoziale, die Gesellschaft bedrohende Betätigungsneigung den alleinigen oder doch wesentlichsten Ausdruck der abnormen Charakterartung, so wird es praktisch als physiologisch, d. h. noch in den Grenzen der vollen strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit liegend betrachtet. Treten zu dieser krankhaften Neigung noch andere, von dieser unabhängige krankhafte Erscheinungen bestimmter Färbung hinzu, so wird sie als pathologisch, aber noch innerhalb der Grenzen einer allerdings verminderten Zurechnungfähigkeit liegend angesehen. Wird hingegen das Verbrechen von zweifellos psychotischen Zügen schwererer Art



begleitet, so gilt es als der Ausdruck einer Geistesstörung, ganz einerlei, ob es mit dieser Geistesstörung in kausalen Zusammenhang gebracht werden kann oder nicht. Die Frage läuft somit auch hier wieder auf eine psychiatrische Wertung der das Verbrechen begleitenden psychopathologischen Züge hinaus. War früher die schwankende Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, so ist jetzt die zwischen einzelnen Färbungen geistiger Abnormität, welche die Wertung erschwert. Bezüglich der Simulation kann diese Frage auch so formuliert werden: Ist die Simulation von Geisteskrankheit ein dieser Geisteskrankheit, psychopathologisch gewertet, gleichwertiges Entartungssymptom? Oder mit anderen Worten: Besteht der Begriff der Simulation in Anbetracht des Umstandes, daß diese fast stets bei psychisch Abnormen beobachtet wird, noch zurecht, oder geht er nicht vielmehr ganz im Begriff der einfachen Aggravation auf? Es ist das die Grundfrage nach den Kriterien der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit selbst.

War einmal der Begriff der Psychopathie im Gegensatz zur eigentlichen Geisteskrankheit gegeben, so drängte sich die Frage nach einer praktisch brauchbaren und theoretisch begründeten Grenzbestimmung zwischen diesen beiden naturgemäß sofort von selbst auf. Gibt es fließende Übergänge zwischen diesen beiden Gebieten in einem Ausmaße, wie es solche zwischen geistiger Vollwertigkeit und psychopathischer Minderwertigkeit gibt? Einen entscheidenden und bedeutungsvollen Schritt zur Lösung dieser Frage tat Kraepelin durch die konsequente Durchführung der von Kahlbaum übernommenen Idee der Krankheitseinheit in der Psychiatrie. Gab es nach älterer Anschauung Übergänge nicht nur zwischen Krankheit und Gesundheit, sondern auch zwischen den einzelnen Krankheitsbildern innerhalb des Gebietes echter Psychosen — welcher Anschauung wir übrigens auch bei Wernicke begegnen —, so vertrat Kraepelin mit großer Energie und viel praktischem Erfolg die Lehre von den natürlichen Krankheitseinheiten, welch letztere durch ihre Ätiologie, ihre Symptomatologie, ihre Entwicklung, ihren Verlauf und Ausgang als solche charakterisiert sind. Dadurch wurde aber die Grenze zwischen den einzelnen Krankheitsbildern von Psychosen untereinander und zwischen diesen Psychosen im engeren Sinne und den verschiedenen Formen des sogenannten Entartungsirreseins, als einer besonderen Krankheitseinheit, wieder schärfer gezogen. In diesem System nimmt das Entartungsirresein,



die psychopathische Minderwertigkeit der Autoren, eine exzeptionelle Stellung ein und tritt in wesentlichen Gegensatz zu allen übrigen Krankheitseinheiten der speziellen Psychopathologie. Während sich nämlich bei diesen um echte Krankheitsprozesse, sei es im neurologischen, sei es im psychopathologischen Sinne, um Vorgänge, durch welche ein bis dahin gesundes Seelenleben ergriffen und krankhaft verändert worden, oder um Folgezustände solcher Prozesse handelt, ist das Entartungsirresein der Ausdruck konstitutionell abnormer, charakteriologisch defekter Varietäten der Menschenart, ein Ausdruck psychischer Mißbildung mit ihrem eigenen Aktions- und Reaktionstypus. Dieser Unterschied ist ganz wesentlich und läßt keine Übergänge zwischen den beiden Gebieten zu. Es kann sich zwar auf eine, psychiatrisch gewertet, pathologische individuelle Varietät der Menschenart eine echte Psychose aufpfropfen, ja die Entartung kann bis zu einem gewissen Grade einen günstigen Boden für die Entwicklung bestimmter Formen von psychischen Krankheitsprozessen abgeben, in keinem Fall wird aber jener prinzipielle Unterschied verwischt.

Es läßt sich nicht leugnen, daß diese Festlegungen einen entschiedenen Fortschritt in der Psychiatrie bedeuten, so große Mängel ihnen noch anhaften mögen. Von geradezu erlösender Bedeutung sind sie jedoch in der forensischen Psychiatrie geworden, denn sie ermöglichen im Prinzip die strafrechtlich-praktische Wertung psychopathologischen Geschehens nach festen Gesichtspunkten. Die Grenze der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit fällt mit der Grenze zwischen Psychopathie und Geistesstörung im engeren Sinne zusammen. Darum spricht Kraepelin von der „unerbittlichen Forderung, uns niemals mit dem Nachweise einer Geistesstörung im allgemeinen zu begnügen, sondern unter allen Umständen nach einer bestimmten klinischen Diagnose zu streben“. Mit einer bestimmten Diagnose ist schon die strafrechtliche Wertung des Falles gegeben.

Als dem Gebiete der psychopathischen Minderwertigkeiten angehörend, ist die Simulation, gleich der antisozialen, verbrecherischen Neigung, der Ausdruck einer abnormen konstitutionellen Artung und nicht der Ausdruck eines Krankheitsprozesses. Sie können sich mit echter Geistesstörung komplizieren, sind aber selbst nicht Symptome einer solchen. Täuscht somit ein Psychopath echt psychotische Symptome oder Symptomenkomplexe vor, so ist eine solche Verstellung, unserer Definition entsprechend, als eine wirkliche Simu-



lation, die sogenannte Dissimulation der wirklich Geisteskranken hingegen als eine Disgravation anzusprechen.

Gehen wir nach diesen einleitenden Bemerkungen auf unser eigentliches Thema über, so haben wir die eine wichtige Tatsache bereits im Obigen hervorgehoben, daß nämlich die Simulation von Irresein bei geistig vollwertigen Menschen eine außerordentliche Seltenheit ist und daß sie innerhalb der Gruppe der Psychopathen weitaus am häufigsten bei verbrecherisch veranlagten, ethisch defekten Dégénérés beobachtet wird. Unter diesen sind wiederum die häufigsten Träger der Simulation jene, die neben ihrer ethischen Minderwertigkeit noch anderweitige psychopathische Züge, in erster Linie solche hysteroiden Charakters darbieten. Psychopathisch wenig veranlagte Verbrecher und ethisch nicht oder nur wenig defekte Psychopathen neigen entschieden in viel geringerem Grade zur Simulation als jene und nähern sich in dieser Beziehung den geistig vollwertigen Individuen. Diese Tatsache ist von nicht geringer Bedeutung bei der Beurteilung der Simulation und ihrer Abgrenzung gegen echte Zustände psychogener Genese. Als man sich mit den Verbrechern psychiatrisch intensiver zu beschäftigen begann, wurden bei diesen eigenartige psychotische Zustände beobachtet, die, oberflächlich betrachtet, eine ungemein große Ähnlichkeit mit absichtlicher Verstellung und bewußter Täuschung zeigten und sich von den übrigen Geistesstörungen ganz wesentlich unterschieden. Man erkannte bald die innige Verwandtschaft dieser Zustände mit hysterischen Psychosen, schied sie aber ihrer eigenartigen Färbung wegen unter dem Namen „psychogene Psychosen“ (Haftpsychosen) von diesen. Der Ausdruck „psychogene“ deutet an, daß es sich hier nicht um eigentliche Krankheitsvorgänge im Sinne von Hirnprozessen, sondern um Störungen in der Struktur der Assoziationskomplexe und ihrer Ansprechbarkeit infolge von Gemütsbewegungen und Affektspannungen handelt. In diesem Umstand liegt aber ihre innere Verwandtschaft mit der Simulation begründet, die ihrerseits keine scharfe Grenze zwischen den beiden zu ziehen erlaubt.

Glücklicherweise ist diese Verwandtschaft von nur geringer forensisch-praktischer Bedeutung. Ist schon das Verbrechen als Ausdruck einer echten Geisteskrankheit, als eines Hirnprozesses (wenn man von gewissen Unterlassungsdelikten einerseits und gewissen Psychosen, wie epileptischen Dämmerzuständen andererseits absieht), eine



große Seltenheit, so kommt es als Folge von psychogener Geistesstörung kaum jemals vor. Im Gegenteil, die psychogene Geistesstörung ist meist eine Folge des Verbrechens, bzw. dessen Folgen (Haft usw.). Sie erscheint post festum und macht eine gerichtspsychiatrische Intervention meist lediglich zwecks Feststellung der Strafvollzugsfähigkeit des Betreffenden notwendig. Wesentlich anders liegen dagegen die Verhältnisse, wenn es sich um eine theoretische Untersuchung der Simulation, ihrer Formen, Ursachen, Verlaufsarten usw. handelt. Es gibt fließende Übergänge zwischen psychogenen und simulierten Geistesstörungen und dementsprechend Grenzfälle, wo es sich nicht entscheiden läßt, wieviel bei einer psychogenen Psychose Simuliertes und bei einer simulierten Psychogenes dabei ist. „Gerade bei Hysterischen," schreibt Kraepelin, „deren Krankheitsbild sich ohnedies aus psychogenen Zügen zusammensetzt, kann es ganz unmöglich werden, willkürliche Zutaten auszuscheiden, ja es ist nicht zu bezweifeln, daß hier absichtliche Verstellung und krankhafte Entstehung der Störungen ohne scharfe Grenze ineinander übergehen." Daß unter solchen Umständen gelegentlich die Diagnose Simulation recht schwierig, ja ganz unmöglich werden kann, liegt auf der Hand. Wir werden später auf diesen Punkt noch ausführlicher zu sprechen kommen.

Überblickt man ein größeres Beobachtungsmaterial von simulierten Geistesstörungen hinsichtlich ihrer Symptomatologie, so fällt zunächst ganz überraschend eine überaus große Einförmigkeit und Dürftigkeit der beobachteten Zustandsbilder auf. Wo man die größte Mannigfaltigkeit und Buntheit, eine Unzahl von diversen Einzelbildern, eine verwirrende Zersplitterung in zahllose Symptomenkombinationen erwartete, findet man eine geradezu armselige Gleichartigkeit und gleichartige Armseligkeit. Dieselben Bilder kehren immer wieder und alle zeichnen sich durch eine sterile Symptomenarmut aus. Man kann zunächst im allgemeinen sagen, daß eine längere Zeit hindurch in Szene gesetzte Vortäuschung einer Geisteskrankheit zu den Seltenheiten gehört. Wird Geisteskrankheit simuliert, so beschränkt sich die Simulation in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf relativ kurze Zeiträume, um dann rapid zu erlahmen und einem mehr passiven, zuwartenden Verhalten Platz zu machen, wo im wesentlichen nur noch ein Defektzustand zur Schau getragen wird, der seinerseits weniger in dem äußeren Verhalten, als vielmehr gelegentlich einer Exploration des „Kranken"

in Erscheinung tritt. Die simulierte Geisteskrankheit bricht dementsprechend im Gegensatz zur echten Geistesstörung (mit wenigen Ausnahmen) in foudroyanter Weise hyperakut aus, erreicht rasch ihr Höhenstadium und geht, namentlich wenn man den Simulanten in Ruhe läßt und ihn nicht weiter beachtet, in ein Latenzstadium mit zunächst etwas ablehnendem Verhalten über, um früher oder später einem normalen Verhalten Platz zu machen. Aber selbst dort, wo sich die akute Simulationsphase über einige Tage erstreckt, setzt sie sich aus an- und abschwellenden Exazerbationen und dazwischenliegenden Ruhepausen zusammen. Eine einige Tage fortdauernde ununterbrochene psychomotorische Unruhe, wie man solche bei Manischen, Katatonikern, Paralytikern gelegentlich beobachtet, kommt simuliert nicht vor. Ihrem akutem anfallsartigen Charakter entsprechend, ist die klinische Form der vorgetäuschten Geistesstörung in ihrem Anfangsstadium die eines Tobsuchtsanfalles oder eines plötzlich ausbrechenden Verwirrtheitszustandes mit reichlichen motorischen Entladungen. Simulation einer chronisch beginnenden, sich allmählich entwickelnden und infolgedessen zunächst wenig auffälligen Geistesstörung kommt unseres Erachtens gleichfalls nicht vor, oder ist zumindest eine exzeptionelle Seltenheit. Und das ist psychologisch ohneweiters verständlich. Abgesehen davon, daß der Entschluß, Geisteskrankheit zu simulieren, unter dem Drucke der äußeren Verhältnisse auf Realisierung drängt und nach raschen Effekten trachtet, kennt der eine Geisteskrankheit simulierende Laie die Psychosen nur in ihren wilden motorischen Entladungen und auffällig sinnlosen Handlungen und handelt dementsprechend. Aber selbst wenn ihm die wirklich allmähliche Entwicklung gewisser Geisteskrankheiten bekannt wäre, würde ihre Simulation allzu große Anforderungen an seine Ausdauer und Selbstverleugnung stellen, wobei er außerdem noch keinen Augenblick sicher wäre, in der richtigen Form zu sein. So kommt es, daß die ausgesprochensten, in ihrer Symptomatologie typischesten, durch eine große Anzahl wohlausgeprägter und ungemein charakteristischer Symptome charakterisierten Geisteskrankheiten kaum jemals simuliert werden. Was simuliert wird, sind einzelne relativ einfache, keine großen Anforderungen an den Simulierenden stellende Zustandsbilder aus dem Rahmen großer Psychosen. Dazu gehören in erster Linie mehr oder minder gut gelungene Stuporzustände, mürrische, negativistisch gefärbte Verhaltungsformen, seltener Bilder schwachsinnig-läppischer



Heiterkeit und ganz ausnahmsweise delirant anmutende Bilder. Und selbst diese Zustandsbilder erscheinen fast nie am Beginn der Simulation, sondern stellen sich fast stets sozusagen als Verlegenheitsreaktionen auf initiale Tobsuchts- oder Verwirrtheitsanfälle, diese gleichsam abschließend, ein. Eine Simulation von Sinnestäuschungen und Wahnideen außerhalb des initialen Verwirrtheitszustandes mit dem entsprechenden äußeren Verhalten — und nur in diesem Falle kann unserer Definition gemäß von Simulation gesprochen werden —, ist von uns nie sicher beobachtet worden. Wohl aber kommt es gelegentlich vor, daß bei ärztlicher Exploration in vager Weise Sinnestäuschungen behauptet und verschwommene Wahnideen geäußert werden, ohne jedoch gleichzeitig im äußeren Verhalten des Kranken zum Ausdruck zu kommen.

Was die Dauer dieser postparoxysmalen Zustände betrifft, so hängt diese, abgesehen von der Energie des Simulierenden, wesentlich von der Natur des simulierten Krankheitsbildes und von dem Verhalten des beobachtenden Arztes ab. Je einfacher und leichter durchführbar das gewählte Verhalten ist, desto größere Tendenz hat es festgehalten zu werden. Wird hingegen dem „Kranken“ seine Aufgabe durch fortgesetzte eingehende Explorationen, durch unangenehm wirkende Maßnahmen: Diätverschärfungen, nicht zusagende Medikamente, durch ironische Bemerkungen über die Aussichtslosigkeit seiner Bemühungen erschwert und verleidet, so wird das Aufgeben der eigentlichen Simulation ganz wesentlich beschleunigt. Hartnäckiger sind die postparoxysmalen Defektzustände (meist Schwachsinnsformen), die nicht selten die ganze, oft monatelange Beobachtungszeit andauern und erst nach erfolgter Begutachtung außerhalb der Anstalt aufgegeben werden.

Diagnostische Schwierigkeiten bereitet die Simulation einer Geistesstörung wohl in den seltensten Fällen. Die inneren Widersprüche des Krankheitsbildes, das gleichzeitige Auftreten von Krankheitszeichen, die einander ausschließen, nebst der Unmöglichkeit, die beobachtete Symptomenkombination in eine der uns bekannten Krankheitsgruppen einzureihen, lassen ohneweiters die vorgetäuschte Geisteskrankheit von einer echten im engeren Sinne unterscheiden. Wenn sich Schwierigkeiten ergeben, so sind diese stets solche der Differentialdiagnose zwischen Simulation und echter „psychogener Geistesstörung“, wie diese so häufig bei hysterisch veranlagten Psychopathen unter Verhältnissen, die auch simulative Tendenzen begün-



stigen, zur Entwicklung gelangen. Daß diese Differentialdiagnose gelegentlich allerdings außerordentlich schwierig werden kann, ist in Anbetracht der nahen Beziehungen, die zwischen Psychogenem und Simuliertem bestehen, leicht begreiflich. Auf die differentialdiagnostischen Kriterien, die diesbezüglich verwertet werden können, werden wir gelegentlich der Besprechung einzelner Fälle noch zu sprechen kommen, hier möchte ich zunächst ein Beispiel eines zweifelhaften, nicht sicher diagnostizierbaren Falles bringen.

Fall 1. V. E., Einjähr.-Freiwill.-Infanterist, 20 Jahre alt, Student, assent. 1916. Aufgenommen 24./1., entlassen 2./2. 1918. V. verließ in der ersten Januarwoche eigenmächtig seinen Truppenkörper und kehrte erst am 24. Januar zurück. Bei seiner Einvernahme machte er den Eindruck eines Geisteskranken, sprach wirres Zeug durcheinander und wurde deswegen auf die hiesige Abteilung überstellt. Bei der Morgenvisite am Tage nach seiner Aufnahme im Bett, wackelt mit dem Kopf, erklärt angesprochen, er müsse sofort nach Brest-Litowsk fahren, habe 25 Millionen Vermögen, sei der Delegierte bei den Friedensverhandlungen. Läßt sich auf eine Konversation nicht ein, weicht aus, erklärt, Valentino Pitoni zu heißen, 42 Jahre alt zu sein, usf. Auf Fragen antwortet er wie folgt:

„Was sind Sie?" — „Gesandter im Parlament, Sozialdemokrat."

„Was suchen Sie hier?" — „Ich soll nach Brest-Litowsk fahren."

„In wessen Auftrag?" — „Ich soll in Brest-Litowsk 25 Millionen abholen."

„Warum?" — „Ich habe Frieden unterschrieben, es ist alles russisches Gold."

„Sind Sie geisteskrank?" — „Was ist das? Ich bin Valentino Pitoni, Gesandter im Parlament."

„Warum sind Sie desertiert?" — Schweigt, flüstert dann „desertiert?", sagt laut: „Schnellzug bewilligt I. Klasse."

„Heißen Sie nicht Velikonja?" — „Ich heiße Valentino Pitoni, Sozialdemokrat."

„Sie sind ein Deserteur und Schwindler!" — „Ich bin Valentino Pitoni, Gesandter im Parlament, Sozialdemokrat."

Fieberloser Zustand. Rachenreflex vorhanden, Sehnenreflexe der unteren Extremitäten lebhaft, Puls leicht beschleunigt. Läppisches übertriebenes Gebaren.

30./1. Bekam bisher täglich eine Apomorphininjektion und wurde auf strenger Diät gehalten. Heute bei der Frühvisite lenkt er etwas ein, nennt seinen Namen, erklärt, nicht zu wissen, wie er hiehergekommen, gibt zu, sich eigenmächtig nach Hause begeben zu haben. Sei zwei Tage vor Weihnachten abgefahren.

1./2. Hat vollkommen eingelenkt. Bittet selbst den Arzt um eine Unterredung, wolle alles sagen. Erzählt, daß er im Jahre 1917 mehrmals untersucht und als zu Hilfsdiensten geeignet befunden worden. Bei der San.-Komp., wo er eingeteilt sei, habe er nichts zu tun gehabt und sei nur

alle zehn Tage in die Kaserne gekommen. Ende Dezember habe er sich ohne Erlaubnis nach Hause begeben, wo er, um unbehelligt zu bleiben, in Zivil herumgegangen sei. Als er Ende Januar nach Graz zurückkehrte, sei er auf dem Wege in die Kaserne in Erregung geraten. Was weiter mit ihm geschehen sei, wisse er nicht.

Pat. ist bestrebt, den Eindruck eines Schwerkranken zu machen, zittert heftig mit den Beinen, jedoch nur, wenn er sich beobachtet glaubt.

Wie viel in diesem Krankheitsbilde echt Psychogenes und wie viel willkürlich Hinzugefügtes ist, läßt sich unmöglich mit absoluter Sicherheit entscheiden. Das klinische Bild ähnelt im ganzen genommen dem Ganserschen Dämmerzustande, unterscheidet sich aber im einzelnen von diesem durch den fehlenden Zug des Puerilismus (des kindlich albernen Benehmens) und durch das Fehlen des eigentlichen Vorbeiredens. Vom eigentlichen hysterischen Delir unterscheidet es sich durch seinen expansiven Inhalt, welcher in keine Beziehung zu dem sonstigen Bewußtseinsinhalt des Kranken und seinem tatsächlichen Milieu gebracht werden kann, und welcher in seiner affektiven Belanglosigkeit eher für eine willkürliche Mache des ganzen Zustandes spricht.

Anderseits wiederum muß gesagt werden, daß es doch recht auffällig ist, daß ein Mann mit einiger Bildung mit so läppischen Mitteln irgendwelche Zwecke verfolgen sollte, abgesehen davon, daß das Krankheitsbild doch nicht eines einheitlichen Zuges entbehrte und daß nach dessen Abklingen keine Amnesie für die strafbare Tat zurückblieb. Allerdings lauteten die Auskünfte der Truppe nicht günstig für den „Kranken“, indem sie ihn als einen dienstunlustigen, sich immer und überall drückenden Soldaten bezeichneten.

Es ist bereits eingangs hervorgehoben worden, daß die simulierte Geistesstörung, in welcher klinischen Form immer sie auch in Erscheinung treten mag, fast ausnahmslos ganz unvermittelt aus dem Normalen heraus hervorbricht. Eine chronische Entwicklung kommt kaum jemals vor. Der Grund hiefür liegt in dem Bestreben des „Kranken“, so bald wie möglich als Kranker aufzufallen und als solcher bewertet zu werden. Was nun die spezielle klinische Form der „Erkrankung“ betrifft, so ist diese sehr häufig von den Umständen abhängig, unter welchen ihr Manifestwerden erfolgt. In dieser Beziehung sind nun zwei Möglichkeiten gegeben: Entweder wählt der Kranke bis zu einem gewissen Grade selbst nach freiem Ermessen den Zeitpunkt des Krankheitsausbruches, oder aber wird



dieser durch äußere drängende Momente fast zwingend bestimmt. Im ersteren Falle beginnt die „Erkrankung" meist unter dem Bilde der akuten Verwirrtheit, im letzteren oft unter dem Bilde des Schwachsinns. Gleichsam eine Zwischenstellung zwischen diesen beiden Möglichkeiten bilden jene Situationen, aus denen der Tobsuchtsanfall mit Vorliebe hervorgeht. Daß diese Abhängigkeit der Krankheitsform von den äußeren Umständen nicht als durchgreifend gedacht werden darf und daß Verwirrtheitszustände und Tobsuchtsanfälle auch unter Umständen auftreten, die sonst den Schwachsinn begünstigen, braucht wohl nicht ausdrücklich hervorgehoben zu werden, immerhin findet sie sich in einer so großen Zahl der Fälle, daß von einem ursächlichen Zusammenhange zwischen diesen beiden Faktoren gesprochen werden kann.

Schwachsinnsformen.

Die Pseudodemenz der Simulanten ist einer der häufigsten, und wo sie vorhanden ist, einer der charakteristischesten und praktisch wichtigsten Züge der vorgetäuschten Geistesstörung. Sie erlaubt fast ausnahmslos, die simulierte Störung von einer echten zu unterscheiden und stellt in dieser Beziehung das zuverlässigste Kriterium der Unechtheit eines Krankheitsbildes dar.

Bezüglich ihrer symptomatologischen Stellung innerhalb der vollentwickelten Krankheitsbilder kann man eine primäre von einer konsekutiven Demenz unterscheiden, je nachdem sie von vornherein als das Hauptsymptom des simulierten Krankheitsbildes erscheint und dieses in allen Phasen beherrscht, oder aber als Defektzustand nach abgelaufenem akuten Stadium des Verwirrtheits-, bzw. Tobsuchtsanfalles zurückbleibt. In forensischen Fällen kombiniert sie sich fast stets mit dem Erinnerungsausfall für die vorausgegangene Straftat.

Die Bedingungen für das Erscheinen der primären Demenz sind gegeben, wenn ein Mensch, durch eigenes Verschulden oder sonstwie von einem unerwünschten Ereignis überrascht, sich gezwungen sieht, sofort sein Verhalten der Situation entsprechend einzurichten und er sich dabei für die Simulierung einer Geistesstörung entschließt. Der Zeitpunkt des Krankheitsausbruches ist durch äußere Umstände bis zu einem gewissen Grade zwingend bestimmt. In dieser Lage befindet sich beispielsweise ein Deserteur nach seiner Verhaftung. Der innige geistige Rapport mit seiner



Umgebung gelegentlich seiner Zurredestellung und protokollarischen Vernehmung versetzt ihn in die Möglichkeit, von allen auffälligeren Maßnahmen abzusehen und durch einfachere, weniger riskante, geringere Anforderungen an seine Entschlußfähigkeit und Tatkraft stellende Mittel seine psychische Zurechnungsfähigkeit zweifelhaft erscheinen zu lassen. Die Inszenierung eines hyperkinetischen Zustandsbildes wäre außerdem unter solchen Umständen für ihn eher ungünstig als günstig, da ein solches, durch die Verhaftung oder durch die Vernehmung ausgelöst, von vornherein den Verdacht absichtlicher Verstellung erwecken würde. Und so sehen wir in der Tat, daß unter solchen Bedingungen die simulierte Geistesstörung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Form des einfachen Schwachsinns annimmt. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, daß sich die Demenz ausschließlich nur auf diesem Situationsboden entwickelt.

Fall 2. (Einfacher Schwachsinn.) B. D., Infanterist, 23 Jahre alt, ledig, Bauer, assent. 1914. Aufgenommen am 25./6., entlassen am 28./6. 1917. B. hatte sich bereits einmal, und zwar im Oktober 1915, eigenmächtig von seinem Truppenkörper entfernt und wurde erst nach siebenmonatigem Aufenthalte in seiner Heimat durch die Gendarmerie verhaftet. Er verantwortete sich damals dahin, daß er sich deswegen nach Hause begeben habe, weil er eine kranke Hand hatte und weil er verrückt sei, auch habe er gerade anfangs Oktober 1915 die Nachricht vom Tode seines Vaters erhalten. Das Sachverständigengutachten der beiden Gerichtsärzte lautete dahin, daß beim Angeklagten nur von einem „geistigen Schwachsinn" gesprochen werden könne, worauf ihn das Feldgericht zur Strafe des strengen Garnisonsarrestes in der Dauer von drei Monaten verurteilte.

Am 12./3. 1917 verließ er abermals seinen Truppenkörper und begab sich in seine Heimat. Am 3./7. gerichtlich vernommen, erklärte er, die Kundmachung der Entscheidung des zuständigen Kommandanten auf Einleitung des Ermittlungsverfahrens nicht verstanden zu haben, da er nicht bei Sinnen sei, nicht denken könne und sich krank fühle. Er sei schon seit seiner Geburt nicht zurechnungsfähig. Weitere Auskunft war von dem Manne nicht zu bekommen.

Status praesens vom 26./6. Der Kranke bietet in seinem ganzen Wesen und Gebaren das Bild eines debilen, beschränkten Menschen, hält sich etwas steif, macht ein übertrieben trauriges Gesicht, neigt den Kopf nach vorne, schließt oft die Augen und ist bemüht, einen möglichst krankhaften Eindruck zu machen. Gefragt, was mit ihm los sei, beginnt er lebhaft zu versichern, daß er nicht bei Verstand sei, daß er völlig verrückt sei, daß man sich nur bei seiner Heimatsgemeinde darüber erkundigen solle usw. Der Mann ist offenbar bestrebt, seinen Defektzustand recht anschaulich zum Ausdruck zu bringen. Auf die Frage, wie er bei seiner be-

haupteten schweren Geisteskrankheit den langen Weg nach Hause (Bosnien) gefunden habe und auf welche Art und Weise er dorthin gelangt sei, spricht er um die Sache herum und will auf keinen Fall auf die Frage eingehen. Er erklärt nicht zu wissen, bei welchem Regiment er dient, denn wüßte er das, so wäre er nicht fortgegangen. Er will nicht wissen, weder wann er geboren wurde noch wie alt er ist, auch nicht nur ungefähr, noch wann er eingerückt ist, noch in welcher Stadt er sich gegenwärtig befinde, noch von welchem Orte er desertiert sei, noch was für eine Jahreszeit wir jetzt haben. Er will weder die Namen der Wochentage noch die Namen seiner Geschwister, noch den Namen des jetzigen oder des verstorbenen Kaisers wissen. Will nicht einmal wissen, daß wir jetzt Krieg haben, geschweige denn, mit wem wir im Kriegszustande sind. Er ist angeblich unfähig, die Aufgabe 1 + 1 zu lösen, auch wenn man ihm diese recht anschaulich mit den Fingern vordemonstriert. Aus dem Bilderbogen will er nicht die einfachsten, jedem Bauer geläufigen Gegenstände, wie eine Zange, eine Hacke, eine Sense, erkennen. Erkennt nicht einmal ein ihm in natura vorgehaltenes Taschenmesser. Ja er läßt sich verführen zu erklären, daß er nicht wisse, ob er Soldat sei.

Hingegen wird er sehr lebhaft, wenn man ihn fragt, wer bestätigen könnte, daß er wirklich geisteskrank sei, beruft sich auf einen Korporal in Lb., dem er angeblich sechs Kronen gegeben hatte und fügt hinzu: „Wenn ich nicht geisteskrank wäre, hätte ich ihm das Geld nicht gegeben.“ Auf die Frage, woher er wisse, daß der Betreffende ein Korporal gewesen, erklärt er, man habe ihn so angeredet. Auf Vorhalt, daß er früher nicht gewußt habe, daß er Soldat sei, bleibt er verlegen die Antwort schuldig.

Zugegeben, daß die Gerichtsärzte im Jahre 1916 bis zu einem gewissen Grade von „einem geistigen Schwachsinn“ zu reden berechtigt waren — was indessen keineswegs erwiesen ist —, so kann man unmöglich behaupten, daß das psychische Bild, wie es der Kranke in hiesiger Beobachtung geboten hat, echt sein könnte. Eine so tiefgehende Demenz kommt — von ihren sonstigen inneren Widersprüchen ganz abgesehen — bei halbwegs geordnetem äußeren Verhalten und erhaltener Fähigkeit, sich überhaupt noch vernünftig, und halbwegs zusammenhängend zu äußern, überhaupt nicht vor. Daß der Schwachsinn vorgetäuscht sein müsse, darüber ist, glaube ich, wohl kein Zweifel möglich. Eine andere Frage ist allerdings die, ob der „Kranke“ nicht doch schwachsinnig sei und seinen Schwachsinn nur übertreibe. Offenbar haben die Gerichtsärzte im Jahre 1916 diesen Umstand im Auge gehabt, als sie von einem „geistigen Schwachsinn“ sprachen, im übrigen aber den Angeklagten für strafrechtlich verantwortlich erklärten. Ich für meine Person lehne auf Grund meiner Erfahrungen während der Kriegszeit auch diese Entschuldigung des Beschuldigten ab, zumindest kann ich nicht zu-



geben, daß dieser supponierte Schwachsinn irgendwie von praktischer Bedeutung wäre und erheblich unter dem Durchschnitt der physiologischen verschlagenen Dummheit stünde. Es sind einige Äußerungen des „Kranken“, die meines Erachtens entschieden dagegen sprechen, so vor allem jene, daß, wenn er nicht geisteskrank wäre, er dem Korporal nicht sechs Kronen geliehen hätte.

Was die spezielle Form des Schwachsinns im vorliegenden Falle betrifft, so ist er wohl als angeborener gedacht und in diesem Sinne in Szene gesetzt. Im übrigen zeigt er aber alle Merkmale der simulierten Demenz, auf die wir weiter unten im Zusammenhange noch zu sprechen kommen werden.

Ein ähnlicher, nur in seiner Ätiologie von diesem abweichender Fall ist folgender:

Fall 3. (Einfacher Schwachsinn.) Z. V., Infanterist, 25 Jahre alt, ledig, assentiert 1914. Aufgenommen 18./11., entlassen 27./11. 1917. Laut Truppenbericht sollen Vater und Mutter des Z. geistesgestört gestorben sein und er selbst seit seiner Kindheit an Kopfschmerzen leiden. Machte den Eindruck eines Geistesschwachen. Benahm sich teilnahmslos und wortkarg, verkannte die Chargen, kannte sich nicht in der Jahreszeit aus, sagte z. B., daß es Sommer sein müsse, weil er ohne Mantel gehe. Andrerseits sagten zwei Unteroffiziere, die ihn von früher her kennen, über ihn aus, daß er ein bekannter Marodeur sei, der nie Zeichen einer Geistesstörung geboten habe.

Hiesiger Status vom 19./11.: Will nicht wissen, wie alt er ist, noch wann er geboren wurde, noch wo er sich befindet, noch wie lange er beim Militär dient, noch bei welchem Regiment er dient. Weiß nicht, wie viel Tage eine Woche hat und wie die Wochentage heißen. Kann die Aufgabe 1 + 1 nicht lösen, hat auf alle Fragen fast die stereotype Antwort: „Ich weiß es nicht.“ Auf die Frage nach der gegenwärtigen Jahreszeit sagt er: „Hier ist es nicht kalt.“ Er erkennt aus dem Bilderbuch nicht die einfachsten Gegenstände, wie eine Kerze, eine Zange, eine Zündholzschachtel usw. Erklärt, keinen Beruf zu haben, habe bei seinem Vater gelebt, der allerdings vor sechs Monaten gestorben sei. Gefragt, woher er das wisse, meint er, das habe ihm seine Schwägerin erzählt. Auf die weitere Frage wann und wo sie ihm das erzählt habe, weiß er keine rechte Antwort zu geben. Auf den Vorwurf, daß er sich verstelle, wird er etwas gereizt. Der Mann faßt auffallend gut auf und gibt seine Antworten schnell und ohne zu überlegen. — Bekommt Apomorphin und wird auf strenge Diät gestellt.

23./11. Lenkt ein. Begrüßt bei der Frühvisite den Arzt lächelnd weiß jetzt das gegenwärtige Jahr, weiß, wo er sich befindet, rechnet einfache Aufgaben prompt und richtig, und erkennt ohneweiters aus dem Bilderbuch alle Gegenstände.

Eine eigenartig agil-trotzige Färbung zeigt folgender Fall:



Fall 4. (Erworbene Demenz.) B. J., Infanterist, 23 Jahre alt, Bauernssohn, assentiert 1914. Aufgenommen 5./11., entlassen 24./11. 1917. Kommt ohne jedwedes anamnestische Dokument. Bei der Aufnahme trägt er ein lümmelhaftes und freches Benehmen zur Schau, erklärt, er habe Kopfschmerzen und könne keinen Dienst versehen. Er sei als zwölfjähriger Knabe auf den Kopf gefallen und sei schwach im Kopf. Auf Vorhalt, daß er doch vor dem Militär zu Hause gearbeitet habe, meint er keck, es sei ihm wurst, wenn man ihn auch gleich in die Front schicke. Ins Bett gebracht, zieht er sich die Decke über den Kopf und kümmert sich nicht weiter um seine Umgebung.

7./11. Ist sehr kurz angebunden, gibt in trotziger Weise einsilbige Antworten: habe bereits schon einmal gesagt, daß er Kopfschmerzen habe und ganz verwirrt im Kopf sei. Er sei verrückt, das habe die Granate in Galizien gemacht. Stellt sich vollkommen unwissend, weiß nicht das jetzige Jahr noch die gegenwärtige Jahreszeit, weder sein Alter noch sein Geburtsjahr. Kann Aufgaben wie $2 + 2$ nicht lösen. Hat auf jede Frage die trotzige Antwort: „Das weiß ich auch nicht." — Bekommt Apomorphin und wird auf strenge Diät gestellt.

10./11. Kann bereits einiges rechnen, will sich jedoch noch nicht zeitlich orientieren. Ist trotzig, abweisend, frech.

16./11. Bekam täglich Apormorphin; die ganze Zeit auf strenger Diät. Erklärt tagtäglich bei der Visite, wir hätten jetzt 1915, obwohl ihm vom Arzt wiederholt das richtige Datum gesagt wurde. Beruft sich auf seine Kopfschmerzen. Sei nicht bei Verstand.

19./11. Bekam heute wegen andauernder Kopfschmerzen eine kalte Dusche. Geriet dabei in heftigsten Zorn, schrie, fluchte, erklärte, man solle ihn seinetwegen erschlagen, er werde es doch nicht sagen (das gegenwärtige Jahr). Im übrigen ist er geordnet, faßt wie immer prompt und schnell auf, ist attent und beobachtet genau, was um ihn vorgeht. In eine Unterhaltung läßt er sich nicht ein. Trotzig. Bekommt weiter Apomorphin bei strenger Diät.

21./11. Lenkt ein. Begrüßt bei der Morgenvisite lächelnd den Arzt, erklärt er fühle sich wieder ganz wohl, bittet um einen Tabak, ist lieb und freundlich. Gibt seine Personalien an, berichtet über sein Leben, habe immer auf der väterlichen Landwirtschaft gearbeitet. Im Mai 1915 eingerückt, war drei Monate an der galizischen Front, am Kleinfinger verwundet, war lange Zeit im Spital, seit Frühjahr 1917 beim Kader.

In körperlicher Beziehung kein pathologischer Befund. Der Mann ist kräftig gebaut, untersetzt, gut genährt. Keine Degenerationszeichen. Keine Ausfallserscheinungen seitens des Nervensystems.

Durch seine kurze Dauer ausgezeichnet ist folgender

Fall 5. (Akute Demenz.) L. J., Infanterist, 38 Jahre alt, Schuster, ledig, assentiert 1915. Aufgenommen 2./2., entlassen 8./2. 1918. Der Mann rückte Ende Januar von der Rekonvaleszentenabteilung zur Ersatzkompagnie ein, benahm sich aber derart frech und renitent, daß er in den Arrest gesetzt werden mußte. Erklärte, er sei ganz dumm, habe Kopfschmerzen, wisse nicht, wo er sich befinde, noch wie er heiße. Bei der Aufnahme auf die



hiesige Abteilung mürrisch ablehnend, kurz angebunden, will überhaupt nichts wissen. Wisse nicht, wann er vom Urlaub eingerückt, noch welches Jahr und Monat wir jetzt schreiben. Wisse nicht, wie er heiße, vielleicht Josef, vielleicht auch Jakob. Es sei ihm unbekannt, wann er geboren und wie alt er sei. Auf die Rechenaufgabe 2 + 1 antwortet er: „Ich bin nicht in die Schule gegangen, infolgedessen kann ich das nicht wissen." Der jetzige Kaiser heiße Josef. Ob jetzt Krieg sei, wisse er nicht, wie die Hauptstadt von Österreich heiße, wisse er auch nicht. Könne nicht angeben, ob er ein Ungar oder ein Österreicher sei. Der Mann ist nicht imstande, drei einstellige Zahlen sofort, nachdem er sie gehört, wiederzugeben, denkt lange nach und reproduziert nur die erste Zahl. — Bekommt Apomorphin und strengste Diät.

Tagsdarauf bereits eingelenkt, erklärt, sprechen zu wollen, gibt richtige Antworten, bekundet eine Durchschnittsintelligenz. Redet sich dahin aus, daß er zeitweise nicht wisse, was er tue.

In forensisch-psychiatrischer Beziehung erwähnenswert ist folgender Fall.

Fall 6. (Demenz mit Dämmerzuständen und Amnesie.) S. A., Kanonier, 24 Jahre alt, Fleischer, ledig, assentiert 1915. Aufgenommen 16./6., entlassen 18./6. 1918. S. sollte am 22./11. 1917 ins Feld abgehen. Am 20./11. verließ er eigenmächtig die Kaserne und kam nicht wieder. Inzwischen wurde er am 22./11. auf die psychiatrische Abteilung des Garnisonsspitals Wien aufgenommen. Bei seiner Einlieferung gab er an, er wisse weder seinen Namen noch Vornamen, noch sein Regiment. Blieb hartnäckig bei diesem Simulationsversuch. Durch Zellenbehandlung und Apomorphin gab er am 29./11. nach. Eine Geistesstörung konnte nach dem Fallenlassen der Verstellung nicht nachgewiesen werden. Vor Gericht verantwortete sich der Mann dahin, daß er vor seinem Abgehen ins Feld seine Sachen habe in Ordnung bringen wollen und deshalb in seine Wohnung gefahren sei. Was weiter mit ihm geschehen sei, wisse er nicht. Er sei einmal als Kind auf den Kopf gefallen und leide seither an Anfällen. Es werde ihm plötzlich schwarz vor den Augen und dann verliere er die Besinnung. Bei der Hauptverhandlung ärztlich untersucht, produzierte er einen unmöglichen Schwachsinn, zeigte sich nicht orientiert, wußte nicht, wie lange der Krieg dauert, meinte, der Kaiser Karl sei der älteste Kaiser Europas und konnte Aufgaben wie 10 + 5 nicht lösen. Zwecks Feststellung seiner Zurechnungsfähigkeit auf die hiesige Abteilung überstellt, bot er folgendes Bild:

Erklärt, keine Ahnung zu haben, warum er vors Gericht gestellt worden sei und wessen man ihn beschuldige. Er habe wohl irgend einmal eine Verhandlung gehabt, wisse aber nicht, was da gesprochen worden sei. Man habe etwas davon gesprochen, daß er einen Transport verloren haben soll. Er wisse nichts davon. Sei auch nicht krank gewesen, habe sich in keinem Spital befunden, wisse nichts von einem Anfall. Jetzt komme er wegen Bauchbeschwerden ins Spital...

Der Untersuchte sitzt steif da, gibt sich unsicher, denkt nach, bevor er antwortet, wird bei verfänglichen Fragen verlegen, nestelt an seinen



Fingern. Im übrigen geordnet, faßt gut auf, will aber trotzdem nicht wissen, wo er sich befinde. Erklärt, in einem kleinen Spital nahe an der Front zu sein. Gibt das Datum um einen Monat falsch an. Weiß nicht, bei welchem Regiment er dient. Rechnet: 13 + 12 = 23, ist nicht imstande drei ihm vorgesagte einstellige Zahlen zu reproduzieren, verfügt über fast gar kein Wissen.

Durch ament-dämmerhafte Züge verwischt sind folgende zwei Fälle:

Fall 7. (Verwirrte Demenz.) B. R., Infanterist, 27 Jahre alt, Chauffeur, ledig, assentiert 1914. Aufgenommen 29. 5., entlassen 15. 6. 1918. Der Mann wurde am 17. Mai ohne Dokumente durch die Rettungsgesellschaft dem Garnisonsspital Triest eingeliefert. Erklärte sich dort für gesund, gab sich aber sehr affektiert, verlangte sofort ein Automobil und 20 Mann, es sei höchste Zeit, die italienische Offensive stehe unmittelbar bevor. Glaubte sich in einer Kaserne, meinte, die Leute lägen herum, weil sie keine Schuhe hätten. Hielt den Arzt für seinen Kommandanten. Stand im Verdacht der Desertion.

Bei der Aufnahme auf die hiesige Abteilung sehr selbstbewußt und ungeniert. Bei der Exploration im großen und ganzen ruhig, gibt sich sehr ungezwungen, möchte sich mit dem Arzt auf einen vertrauten Fuß stellen, plaudert über allerlei Sachen, meint, er verstehe auch Maschinschreiben, nimmt die auf dem Tisch liegenden Schriftstücke in die Hand, bittet den Arzt um eine Zigarette. Gibt Auskunft: Heiße R. B., sei 27 Jahre alt, Chauffeur von Beruf. Sei in Triest aufgewachsen, besitze dort ein Haus. Habe drei Volksschulklassen absolviert. Stehe ununterbrochen seit acht Jahren an der italienischen Front. Komme jetzt direkt vom Kriegsschauplatze, um ein Automobil zu fassen, brauche 20 Mann dazu. Er habe den Befehl, das Auto so schnell wie möglich ins Feld zu bringen. Er sei vor drei Tagen angekommen. Hier befinde er sich in Udine, die Kleider habe man ihm zwecks Desinfektion abgenommen. Als Datum gibt er August 1917 an. Auf Vorhalt, daß der Krieg doch nicht acht Jahre dauere, repliziert er, daß jetzt überhaupt kein Krieg mehr sei, weil der allgemeine Friede bereits geschlossen wurde. Zur Rede gestellt, wozu er dann ein Automobil brauche, wird er etwas verlegen, spricht um die Sache herum, wird sehr lebhaft, versichert, man dürfe keinen Augenblick verlieren, er müsse sofort das Automobil haben, auch sei es unbedingt notwendig, daß man ihm 20 Mann zur Verfügung stelle. Wird ungehalten, als man ihm vorwirft, sich zu verstellen, versichert, geistig vollkommen gesund zu sein. Auf Ankündigung, daß es notwendig sei, seine Geistesfähigkeiten zu prüfen, wird er etwas befangen, rutscht er auf dem Stuhl hin und her, überlegt lange, bevor er antwortet. Rechnet 1 + 1 = 2, 2 + 2 = 4, 4 + 4 = 12. Gefragt wie viel Finger er auf den Händen habe, zählt er sie langsam ab und nennt richtig ihre Zahl. Das Jahr habe zehn Monate, die Woche sechs Tage. Nennt die Namen der Wochentage richtig, läßt nur den Sonntag aus. Gefragt, ob er nie den Namen „Sonntag“ gehört habe, stellt er sich verwundert, meint: „Was ist das ‚Sonntag‘?“ Beim Ziehenschen Simulationsversuch reproduziert er die



Zahlen in falscher Reihenfolge, gibt selbst die Reihe: 2, 3, 4 und 1, 2, 3 falsch wieder.

Bevor er auf eine Intelligenzfrage antwortet, denkt er lange nach, platzt dann mit der Antwort stoßweise heraus, lächelt dabei. Zwischendurch macht er gelegentlich unzusammenhängende Äußerungen, wie z. B.: „Jetzt werde ich hier Makkaroni essen."

In der weiteren Beobachtung im wesentlichen unverändert. Liegt zu Bett, hält sich ruhig, bleibt aber bei seinen Ideen. Drängt trotzdem nicht fort, fühlt sich offensichtlich ganz wohl. Will sich nicht orientieren, bleibt bei seinen unsinnigen Antworten. Im übrigen sehr attent, faßt gut auf, spricht den Arzt mit Herr Doktor an, bittet gelegentlich um Tabak, spricht spontan niemals davon, daß er ein Automobil und 20 Mann brauche. Auf energische Apomorphinbehandlung wird er freier, beginnt sich zu orientieren und richtig zu rechnen, läßt die Idee mit dem Automobil fallen, nennt seinen Ersatzkörper, will aber auf die Frage, auf welche Weise er nach Triest gekommen, nicht eingehen. Wird diensttauglich seinem Kader überstellt.

Fall 8. (Verwirrte Demenz.) E. L., Infanterist, 21 Jahre alt, Besitzerssohn, ledig, assentiert 1915. Aufgenommen 12. 6., entlassen 18. 6. 1918. Wurde auf der Straße aufgegriffen und wegen Irrsinnsverdachts hieher überstellt. Macht bei der Aufnahme große Augen, blickt wie verstört um sich, stellt sich, als ob er nicht wüßte, wo er sich befinde, denkt auf die Frage nach seinem Namen lange nach, gibt nur seinen Taufnamen an. Kann nicht sagen, wann und wo er geboren wurde, zeigt dann mit der Hand die Himmelsgegend. Habe niemals beim Militär gedient, sei Knecht, fahre mit zwei Hengsten aufs Feld hinaus.

Spricht langsam mit matter Stimme, macht dabei immer große Augen, gibt sich ungemein schwer- und hinfällig. Macht offensichtlich falsche Angaben. Rechnet 1 + 1 = 3, 2 + 2 = 5, 5 + 5 = 7. Auf jeder Hand habe er fünf Finger, zusammen 15. Das Jahr habe 31 Monate, der Monat 365 Tage, die Woche 9 Tage. Die Wochentage heißen Montag, Mittwoch und Freitag. Aufgefordert, zu zählen, zählt er: 1, 4, 9, 17, 19, 27, 32. Aus dem Bilderbuch benennt er die Gegenstände wie folgt: Zange = Hammer, Kerze = Turmspitze, Zündholzschachtel = Totentruhe. Reale Gegenstände benennt er ähnlich, z. B. Regenschirm = Dach, Bleistift = Lanze. Die Ziehensche Simulationsprobe: 3 0 7 = 3 8; 1 2 3 = 1 4. Ironisch gefragt, ob er mit dem Arrest Bekanntschaft machen wolle, meint er gelassen, er sei so schon tot, er sei vor 14 Tagen erschossen worden. Jetzt befinde er sich auf der „anderen" Welt, man solle ihn aus diesem Grunde in Ruhe lassen, er warte auf das Jüngste Gericht. Faselt in den blauen Tag hinein. Das gegenwärtige Datum: Januar 920. Somatisch keine hysterischen Stigmata. Puls arrythmisch, stark beschleunigt.

18./6. Vollständig unverändert, liegt ruhig zu Bett, nimmt Nahrung zu sich, hält sich rein. Macht große Augen und ein verstörtes Gesicht blickt ratlos um sich. Rechnet vorbei. Desorientiert.

Durch eine Anfrage bei seinem Truppenkörper wurde in Erfahrung gebracht, daß der Mann einer Marschformation zugeteilt war, die in den



nächsten Tagen ins Feld abgehen soll. Am 13./6. verließ er eigenmächtig die Kompagnie und kam nicht wieder. Als dem Kranken das entgegengehalten und ihm eindringlich ins Gewissen geredet wird, lenkt er nach einigem Zögern ein, nennt seinen Namen, seinen Truppenkörper, sein Geburtsjahr und seinen Geburtsort, erzählt, er habe Ausgang gehabt, habe vor dem Abgehen ins Feld seine Sachen in Ordnung bringen wollen, sei in der Stadt gewesen, was dann mit ihm geschehen sei, wisse er nicht. Bestreitet noch heute, bei der Visite erklärt zu haben, daß er tot sei und sich in der „anderen Welt" befinde. Bestreitet, sich verstellt zu haben. Will nicht wissen, wie lange er sich hier befinde. Hier sei ein Irrenhaus, er sei aber nicht geisteskrank und sei es auch nie gewesen. Wird der Marschformation, die morgen den 19./6. ins Feld abgeht, überstellt.

20./6. Ist nach der Überstellung zu seinem Truppenkörper sofort wieder desertiert.

Durch seine Anamnese und Verlaufsart bemerkenswert ist der folgende, auch sonst unreine Fall.

Fall 9. S. J., Infanterist, 25 Jahre alt, ohne Beruf, ledig. Assentiert 1914. Aufgenommen 21. Januar, entlassen 5. März 1917. Stammt von gesunden Eltern, hat drei gesunde Geschwister. Soll in der Kindheit kränklich gewesen sein und erst mit fünf Jahren gehen erlernt haben. Besuchte bis zu seinem elften Lebensjahre eine dreiklassige Volksschule. War immer ein leichtsinniger, arbeitsscheuer Bursche, gerichtlich elfmal vorbestraft. Benahm sich beim Militär stets frech und subordinationswidrig. Ließ anfang Januar 1917 wiederholt die Äußerung fallen, er werde in paar Tagen „den Narrischen markieren". Betrank sich am 4. Januar gelegentlich eines Dienstganges mit Schnaps und sollte wegen renitenten und frechen Benehmens in den Arrest abgeführt werden. Leistete Widerstand, wurde gewalttätig, durchbiß die Schnur mit welcher er gefesselt wurde, schlug Fensterscheiben ein und fuchtelte mit seinem Bajonett um sich. Mit Gewalt in den Arrest gesetzt, exzedierte er dort weiter, zertrümmerte die Fensterscheiben und drohte bei der ersten Gelegenheit zum Feind überzugehen.

Am 9. 1. vernommen, gab er folgendes an: Der Vater sei dem Trunke ergeben. Er selbst habe nur unregelmäßig die Schule besucht und weder lesen noch schreiben erlernt. Sei mit 11 Jahren seinen Eltern durchgebrannt und habe sich dann jahrelang in der Welt herumgetrieben, die Schweiz und Italien durchwandert und mit Betteln sein Leben gefristet. Mit 13 Jahren sei er als Arbeiter in ein Kloster eingetreten und drei Jahre dort verblieben. Habe in den späteren Jahren Südfrankreich besucht und sich in die Fremdenlegion anwerben lassen. Bei Kriegsausbruch freiwillig nach Österreich zurückgekehrt, ging er mit einer Arbeiterabteilung ins Feld ab, erlitt dort einen Ohnmachtsanfall und kam zurück ins Hinterland. Dann führte er aus: „Ich bin seit meinen Wanderungen ein starker Trinker und trinke alles zusammen. Warum ich hergekommen bin, weiß ich nicht. Man übt auf mich einen Zwang aus. Das Gewehr trug ich gezwungen, desgleichen das Bajonett. Ich würde auch nie auf jemanden schießen oder jemanden schlagen, weil das eine große Sünde ist, die Christus verboten hat. Ich



bin kein Staatsbürger und kein Soldat, sondern nur ein armer Christ und möchte ins Kloster gehen, um dort zu beten. Ich wurde von meinen Kameraden schlecht behandelt, sie verspotteten und schlugen mich, so daß ich gezwungen war, in der Nacht zu beten. Die Italiener sind nicht meine Feinde, sie haben mir nichts Böses getan, haben mich nicht geschlagen wie meine Kameraden und ich würde auf sie nicht schießen. Wenn man mich deswegen erschießen will, so soll man mich erschießen. Ich habe nur eine Bitte, man möge mir einen Pfarrer geben, damit ich beichte und sterbe, wie es sich einem Christen gebührt. Es ist wahr, daß ich vor einigen Tagen betrunken war, weiß aber nicht, was ich da getan oder gesprochen habe. Ich kam erst im Arrest zu mir."

Am 11./1. in Anwesenheit seines Kommandanten und anderer Zeugen dem Untersuchungsrichter vorgeführt, betrat der Beschuldigte das Zimmer mit dem Blick eines frommen Mönches, das Gebetbuch in der Hand. Auf die Frage, warum er hier sei, erklärte er, man habe ihn vorgeführt, damit er in ein Kloster abgegeben werde. Seinen Kommandanten wollte er nicht wiedererkennen, desgleichen nicht die übrigen Zeugen, sie seien ihm alle unbekannt. Erklärte, als man ihn zur Rede stellte, unwillig, die Leute gar nicht zu kennen. Bestritt, schon einmal gerichtlich vernommen worden zu sein und erklärte, er sei überhaupt kein Soldat, sondern ein frommer Christ und gehöre in ein Kloster.

Die einvernommenen Zeugen erklärten übereinstimmend, daß sie früher am Beschuldigten niemals Zeichen einer Geistesstörung bemerkt hatten, daß aber der Mann einige Tage vorher bei der Menage geäußert habe, er werde den Narrischen spielen und bei hellichtem Tage einen Pfarrer suchen. Er sei nichts weniger als fromm, führe gern obszöne Reden und brüste sich mit seinen sexuellen Exzessen.

In hiesiger Beobachtung verhielt er sich dauernd ruhig und geordnet, gab sich durchaus unauffällig und natürlich, schlief gut und fügte sich ohneweiters in die Abteilungsordnung. Psychotische Züge, geistige Ausnahmszustände, abnorme Affektschwankungen, Krampf- oder Ohnmachtsanfällen wurden bei ihm nicht beobachtet. Er lag ruhig im Bett und fiel bei den täglichen Visiten in nichts auf. Er war stets frei von Manieren, Verschrobenheiten und Bizarrerien.

Im schreienden Widerspruch zu diesem geordneten Verhalten stellte er sich jedoch bei der am 6./2. vorgenommenen Exploration total unwissend. Erklärte, nicht zu wissen, wo und warum er sich hier befinde. Er sei hier wohl zuhause in Klagenfurt. Er wisse überhaupt nicht, was mit ihm los sei. Nach seinem Namen gefragt, denkt er eine ganze Weile nach, bevor er ihn nennt, will aber weder sein Geburtsjahr noch seinen Geburtsort kennen. Ist angeblich außerstande, das gegenwärtige Jahr auch nur annähernd zu sagen und begründet das damit, daß er Analphabet sei. Auf die Frage, ob er Soldat gewesen, fragt er erstaunt: „Soldat? ich war nie Soldat." Ob er nie Uniform getragen, nie assentiert worden: „Uniform? assentiert?" Betont dabei die Worte so, als würde er ihren Sinn gar nicht kennen. Aufgefordert zu zählen, erklärt er, er habe nie zählen gelernt. Er



habe nicht nur nie die Monatsnamen, sondern auch noch nie die Namen der Wochentage gehört. Vom Krieg hat er angeblich keine Ahnung. Dabei ist er attent und lebhaft und faßt jede Frage sofort auf. Ab und zu tituliert er den Arzt richtig mit Herr Doktor. In die Enge getrieben, geht er so weit zu erklären, nicht zu wissen, ob er in seinem Leben schon einmal anderswo als hier in diesem Haus gewesen sei. Spricht man ihm gütig zu und lenkt ihn dadurch ab, so vergißt er sich; so sagt er einmal: „Aber Herr Doktor, ich weiß ja nicht warum ich hier bin, ich habe doch nichts gemacht. Mein Vater ist auch ein Trinker gewesen, warum sollte ich nicht trinken dürfen." Läßt sich verführen zu erklären, daß hier ein Spital sei, merkt aber sofort seinen Lapsus und wird verlegen.

20. 2. War bisher völlig unverändert. Lag immer zu Bett, machte bei den Visiten auf Fragen ein verdutztes Gesicht, war außerstande, die allereinfachsten Fragen zu beantworten, erklärte z. B. unter anderem nicht zu wissen, welche Zahl nach der Zahl 1 komme. Heute lenkt er etwas ein. Gibt zu, beim Infanterie-Regiment Nr. — zu dienen, sei im Felde gewesen und dort an einem eitrigen Ausfluß aus der Nase erkrankt. Sei hierauf in einem Erholungsheim in Behandlung gestanden.

27. 2. Bleibt dabei, sich absolut nicht zu erinnern, wann und unter welchen Umständen er hieher gekommen, wessen er sich schuldig gemacht und daß er bereits gerichtlich vernommen worden. Fragt, als ihm die Strafanzeige vorgelesen wird, erstaunt: „Das soll ich gemacht haben?" Weiß jetzt, daß er sich in Graz in einem Spital befindet, weiß dagegen angeblich nichts davon, daß er früher einmal angegeben, sich hier in Klagenfurt zu befinden, stellt ganz einfach in Abrede, schon einmal exploriert worden zu sein. Im übrigen benimmt er sich geordnet und natürlich, unterhält sich, wenn er sich unbeobachtet glaubt sehr lebhaft mit seinen Zimmerkameraden, schläft gut und scheint mit dem Stande seiner Angelegenheit zufrieden zu sein.

Somatisch: Schwächlich gebaut, sehr dürftig genährt. Pupillen und Hirnnerven ohne Befund. Sehnenreflexe lebhaft, Puls voll, kräftig, etwas frequent.

1./3.: Unverändert, zurechnungsfähig und strafrechtlich verantwortlich dem Gerichte rücküberstellt.

Was die vorgetäuschte Demenz von der echten auf das auffälligste unterscheidet, ist die Diskrepanz zwischen der inhaltlichen und der formalen Komponente des unechten Schwachsinns. Der wirklich Schwachsinnige läßt seinen Defekt durch sein ganzes Wesen: seine Haltung und seine Bewegungen, sein Mienenspiel und seinen Blick, seine Gesten und seine Sprechweise ohne weiteres erkennen und es bedarf keiner großen Erfahrung, um einen Imbezillen, noch bevor er ein Wort geredet hat, lediglich an seinen Bewegungen, an der Art, wie er sich auf die Frage einstellt und wie er zum Sprechen ansetzt, wie er den Sprecher anblickt usw., zu erkennen. Diese so ungemein charakteristische äußerlich formale Seite des Schwachsinns



wird von den Simulanten oft gänzlich vernachlässigt, in seltenen Fällen ernstlich berücksichtigt und nur ausnahmsweise irreführend nachgeahmt. Zwar ist auch das äußere Verhalten der Simulanten in der Mehrzahl der Fälle irgendwie verstellt, doch sind es meist sich widersprechende, stuporähnliche oder mürrisch-ablehnende Zustandsbilder, die man zu sehen bekommt, kaum jemals jenes hilflos-gutmütige, naiv-schwerfällige, läppisch-zutrauliche Gebaren der Imbezillen und Schwachsinnigen, das für diese Zustände so typisch ist. Für gewöhnlich kennt man dem Pseudodementen seine Demenz äußerlich gar nicht an. In seinen Gesichtszügen malt sich im Gegenteil das lebhafte intrapsychische Leben, die gespannte Aufmerksamkeit und die Entschlossenheit, das begonnene Spiel zu gewinnen, deutlich ab. Im schreienden Gegensatz hiezu steht nun der inhaltliche Defekt. Der Simulant geht fast stets zu weit und stellt sich dementer, als es seinem äußeren Gebaren entspricht und es erfahrungsgemäß Schwachsinnige sind. Seine Unwissenheit erreicht oft ganz unmögliche Grade. Unfähig, die allereinfachsten Rechenaufgaben zu lösen oder selbst richtig zu zählen, verfügt er nicht über das elementarste Erfahrungswissen, weiß z. B. nicht, wie viele Finger er hat, wie alt er ist, wie seine Eltern heißen, kann die Wochentage nicht aufzählen, erkennt nicht im Bilde die alltäglichsten Gebrauchsgegenstände und ist nicht imstande sich aus seiner Umgebung heraus aufs gröbste zu orientieren. Und doch ist er dabei aufmerksam und agil, spricht glatt und oft mit Nachdruck unter lebhaften Gesten, wählt passende Worte und treffende Redewendungen, versteht ohne weiteres jede Frage des Arztes und reagiert sinngemäß darauf. Er ist nicht naiv und einfältig, nicht hilflos-zutraulich, sondern nur dumm und unwissend. Er kann wohl verlegen und befangen, nicht aber unbeholfen und schüchtern sein. Er hat kein Bedürfnis, sich verständlich zu machen, auch wenn er bemerkt, daß er nicht verstanden worden ist. Er selbst mißversteht nie eine Frage, bleibt nie an einem Gedanken oder einem Worte haften, sondern er gibt lediglich verkehrte Antworten bei prompter Auffassung. Er hat nie welche Anliegen, nie welche Wünsche und äußert sich spontan nur ungern. Er antwortet nicht mehr als unbedingt notwendig und versteht verfänglichen Fragen aus dem Wege zu gehen. Er gibt nur selten seinen Schwachsinn zu, fast niemals aber in jener demütig bescheidenen Weise, wie diese den wirklich geistig Beschränkten so sehr eigentümlich ist. Er kann stumpf und indolent

erscheinen, läßt sich aber durch geschickte Fragen reizen und warm machen. Er ist stets lauernd, kaum jemals harmlos und es knüpft sich kein geistiges Band zwischen ihm und dem Arzte.

In der großen Mehrzahl der forensischen Fälle verbindet sich, wie schon erwähnt, mit dem falschen Schwachsinn eine weitgehende Erinnerungslosigkeit für gewisse Ereignisse oder selbst ganze Zeitabschnitte des Lebens, eine Komplikation, die fast stets die Diagnose Simulation ohneweiters erlaubt, ganz einerlei, ob es sich dabei um primäre oder konsekutive Schwachsinnsformen handelt. Die simulative Affinität zwischen diesen beiden Defektzuständen ist psychologisch leicht begreiflich. Der Laienerfahrung ist die Erinnerungslosigkeit gleichbedeutend mit Vergeßlichkeit und diese mit Gedächtnisschwäche, die ihrerseits wieder einen Hauptbestandteil des Schwachsinns ausmacht. Diese Verwechslung des Erinnerungsausfalles mit Gedächtnis-, bzw. Geistesschwäche seitens der Simulanten geht gelegentlich so weit, daß das Nichtswissen, das Sich-an-nichts-erinnern primär auftreten und den alleinigen Inhalt der Simulation ausmachen kann, wenn in solchen Fällen überhaupt noch von Simulation gesprochen werden kann. Das Nichtswissen ohne vorgetäuschtes abnormes äußeres Verhalten kann nach unserer Begriffsbestimmung der Verstellung nicht im eigentlichen Sinne zur Simulation gerechnet werden, sondern nähert sich in seiner Genese eher der einfachen lügenhaften Ableugnung einer Straftat. Nur insofern als ihm simulative Tendenzen, d. h. der Wunsch, dadurch geisteskrank zu erscheinen, zugrunde liegen, kann es der Simulation im weiteren Sinne zugezählt werden.

Ein typisches Beispiel dieser Simulationsform ist folgender

Fall 10. D. G., Infanterist, 21 Jahre alt, ledig, Schlosser, assentiert 1916. Aufgenommen 12./5., entlassen 22./5. 1917. Der Mann ist in seinem Zivilleben elfmal vorbestraft: siebenmal wegen Diebstahls minderer Art mit kurzen Arreststrafen, dreimal wegen verbotener Rückkehr und einmal wegen schweren Diebstahls mit einem Jahr schweren Kerkers. Nach Verbüßung dieser Strafe wurde er im Juli 1916 gemustert und für tauglich befunden. Statt einzurücken, trieb er sich jedoch herum, bis er wegen Verdachts des Hühnerdiebstahls gerichtlich vernommen und bei dieser Gelegenheit als Deserteur erkannt wurde. Er bekam dafür vom Kriegsgericht 15 Monate verschärften Kerkers zuerkannt. Im Februar 1917 desertierte er abermals, entsprang, in Haft gesetzt, aus dem Arreste, desertierte später noch einmal und machte sich verschiedener Diebstähle verdächtig. Im März 1917 einer Marschkompagnie eingereiht, fehlte er bei der Mannschaftsübernahme und konnte trotz aller Nachforschungen nicht eruiert werden. Zwei Tage nach seinem Verschwinden, am 10. März, wurde er an der Landesgrenze angehalten und zur Ausweis-



leistung verhalten. Nun behauptete er, der Gefangenenbewachung in der nächsten Ortschaft anzugehören und sich auf dem Wege in ein naheliegendes Haus zu befinden, um sich Bohnen zu kaufen. Da er sich jedoch nicht ausweisen konnte, wurde er trotz seines sicheren Auftretens der Wache überstellt, wo er nach langem Zureden schließlich zugab, sich vor ungefähr vier Tagen wegen schlechter Verpflegung eigenmächtig von seinem Truppenkörper entfernt zu haben.

Bei der am 13./3. stattgehabten gerichtlichen Vernehmung in L. gab er an: „Ich fühle mich nicht schuldig, ich habe mich wohl von meiner Unterabteilung eigenmächtig entfernt, aber während eines solchen Gemütszustandes, bei welchem ich nicht wußte, was ich tat. Seit ungefähr drei Monaten leide ich an furchtbaren Kopfschmerzen, so daß es mir nicht klar ist, was ich tue. In diesem Zustande entfernte ich mich vor ungefähr fünf Tagen, soweit ich mich erinnern kann, während des Tages von meiner Abteilung, ohne ein Ziel zu haben und ohne einen Grund dafür angeben zu können. Ich kann nicht angeben, wie und wo ich während der Reise übernachtet und wie ich mich verköstigt habe. Auch während der Reise habe ich nie gedacht, was ich getan habe, bzw. mit welchem Zweck oder aus welchem Grunde. Ich kann nicht behaupten, daß ich bei der Kompagnie schlecht behandelt worden wäre."

Nach Vorhalt der Anzeige fügte er hinzu:

„Ich erinnere mich nicht, daß ich bei meinem Verhöre dem Gendarmen gesagt hätte, ich sei als Bedeckung bei einer Kriegsgefangenenabteilung, und auch nicht dem anderen Gendarmen gestanden zu haben, daß ich mich von meiner Abteilung entfernte."

Vor dem Gericht in Graz am 29. März hingegen sagte er aus:

„Ich kann mich zwar an meine oben angegebenen Generalien, sonst aber überhaupt an nichts erinnern. Ich weiß zwar, daß ich von L. komme, kann mich aber nicht erinnern, wie ich dorthin gekommen und auch nicht, daß dort mit mir ein Protokoll aufgenommen wurde."

Nach Vorhalt seiner Aussage am 13. März:

„Ich kann mich nicht erinnern, das angegeben zu haben, doch erkenne ich meine Unterschrift. Ich erinnere mich auch nicht, daß ich Mitte Februar von einem Gendarmen verhaftet, dem Arreste eingeliefert wurde und von dort entwichen bin. Ich kann mich an den Namen Julius P. (eines Komplizen) nicht erinnern, vielleicht würde ich ihn erkennen, wenn man ihn mir zeigen würde. Ich erinnere mich auch nicht, daß ich in März mit P. verhaftet wurde. Ich weiß auch nicht, daß ich mich dann in Präventivhaft befand und gelegentlich der Einteilung in die Marschkompagnie entwich. Ich weiß auch nicht, wie ich nach L. kam, daß ich dort war, weiß ich. Dort war ich in einer Kaserne, ob es ein Arrest war, weiß ich nicht. Ich weiß auch nicht, ob ich heuer oder vergangenes Jahr zum Militär kam, doch weiß ich, daß ich nicht im Felde war. Ich kann mich auch nicht erinnern, wo ich mich vor meiner Einrückung zum Militär aufhielt. Ich leide an starken Kopfschmerzen und kann mich infolgedessen an nichts erinnern. Seit wann ich krank bin, weiß ich aber auch nicht. Ich erinnere mich, daß

ich wegen Nichtbefolgung eines militärischen Einberufungsbefehles zu 15 Monaten Kerkers verurteilt wurde und dann Strafaufschub erhielt, wann dies war, weiß ich jedoch nicht."

Bei Gegenüberstellung mit Julius P.:

„Ich erinnere mich wohl an diesen Mann, doch weiß ich nicht, wie er heißt und wo und wann ich mit ihm beisammen war."

Der hiesigen Krankheitsgeschichte ist folgendes zu entnehmen:

Aufgenommen 12./5.

15./5. Hat sich bisher ruhig, geordnet und nach außen hin unauffällig benommen. Hielt sich rein, aß mit Appetit, schlief gut. Bei den Visiten im Bett gab er angesprochen willig und stets sinngemäß Auskunft, erklärte aber nicht zu wissen warum er hier sei. Bis auf eine gewisse Gebundenheit und Befangenheit in seinem Sichgeben war an ihm nichts Auffallendes zu bemerken. Verwirrtheitszustände, Halluzinationen, Ohnmachts- oder Krampfanfälle, auffälligere Stimmungsschwankungen oder sonstige psychotische Symptome kamen nicht zum Vorschein. Er bot im großen und ganzen das Bild eines etwas indolenten, vielleicht debilen und harmlosen, aber sonst zugänglichen und nicht im engeren Sinne geisteskranken Menschen.

Bei der heutigen Exploration erklärt er, sich an nichts zu erinnern. Er sei hier in einem Spital in Graz. Jetzt hätten wir März 1917. Er komme aus dem Garnisonsarrest, warum, wisse er allerdings nicht. Er wisse auch nicht, warum, wann und wie er in den Garnisonsarrest gekommen. Er wisse zwar, daß er beim Militär diene, alles übrige: wie lange er dabei sei, wie sein Regiment heiße, wo es sich befinde, was er beim Regiment getan, kurz, alle seine Erlebnisse als Soldat, habe er vollständig vergessen. Auf die Frage, woher er wisse, daß er Soldat sei, erklärt er auch das nicht zu wissen.

Er sei im Januar 1895 geboren, somit jetzt 20 Jahre alt. Die Mutter wohne in T., ihre genaue Adresse wisse er nicht. Er wisse auch nicht, wo er selbst in Triest gewohnt habe. Wann sein Vater gestorben, wie er geheißen, ob er mit der Mutter verheiratet gewesen, das alles sei ihm unbekannt. Seine Mutter habe ihm nie davon erzählt und er habe sie niemals darnach gefragt. Er selbst habe in Triest fünf Volksschulklassen besucht und gut lesen und schreiben erlernt. Später sei er Schlosser geworden und habe als solcher in Triest gearbeitet. Wo, bei welchen Meistern usw., wisse er jedoch nicht. Auch sei ihm völlig unbekannt, wie und wann er zum Militär gekommen sei. Ebenso sei ihm nichts davon bekannt, daß er zu 15 Monaten Kerkers wegen Nichteinrückung verurteilt worden wäre, daß er sich wiederholter Desertionen schuldig gemacht hätte, daß er wiederholt gerichtlich einvernommen und auch des Diebstahls beschuldigt worden wäre. Er erkenne seine Unterschrift auf den angeblich mit ihm aufgenommenen Protokollen an, erinnere sich jedoch nicht, wann und unter welchen Umständen er seine Unterschrift gegeben habe. Er erinnere sich überhaupt an nichts, was in den letzten Jahren vorgefallen, an wie viele Jahre zurück er sich nicht erinnere, wisse er aber auch nicht. Krank sei er nicht, leide nur an Husten. Er sei immer so gewesen wie jetzt. Auf Vorhalt, daß er unmöglich



in einem solchen Zustande die Schlosserei erlernt haben könne, antwortet er. daß er nicht wisse, wie sich die Sache verhalte. Das wisse er aber bestimmt, daß er nicht geisteskrank sei. Gefragt, ob er sich denn gar keine Gedanken über seinen höchst sonderbaren und abnormen Geisteszustand mache, ob ihn das fast vollständige Abhandenkommen des Erinnerungsvermögens nicht beunruhige, erklärt der „Kranke" mit auffallender Promptheit, daß er sich nicht im mindesten für krank halte und er stets so gewesen sei wie jetzt.

Aufgefordert zu rechnen, rechnet er: $2 \times 3 = 5$, $6 \times 6 = 66$, $5 \times 4 = 45$, $5 + 5 = 15$, $2 + 2 = 4$, $4 + 4 = 6$. Aufgefordert zu zählen, zählt er langsam: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 15, 16, 18. Auf die Frage, mit wem wir Krieg führen, sagt er: „mit England." Nur mit England? „Nur." Mit Italien und Rußland nicht? „Nein." Woher er weiß, daß wir mit England im Kriegszustande sind, wisse er nicht. Daß der Kaiser Franz Josef gestorben, sei ihm unbekannt.

Während der Exploration bekundet der Untersuchte ein gutes Auffassungsvermögen bei ungestörter Aufmerksamkeit. Sein Benehmen ist zwar etwas gebunden und steif, aber sonst nicht weiter auffallend. Auf die Eröffnung, daß man ihn für geisteskrank halte und dementsprechend behandeln werde, kann er nicht umhin zu wiederholen, daß er bis auf einen unbedeutenden Husten ganz gesund sei.

Der „Kranke" wird auf die strenge Diät gestellt und separiert.

In der Folge unverändert, verhält sich dauernd ruhig, wird nie störend, klagt gelegentlich auf Befragen über Kopfschmerzen, schläft aber gut und hält sich rein. Auf alle Fragen bezüglich seines Lebens antwortet er meist mit einem stereotypen „ich weiß das nicht".

Am 21./5. lenkt er etwas ein, weiß, daß er sich in einem Spital in Graz befinde und seit einem Jahr beim Militär sei, beharrt aber im übrigen auf seinem Standpunkt des „Sich-an-nichts-erinnern-könnens".

Somatisch: Groß, schlank, hager, dürftig genährt. Etwas verfallen. Pupillen und die übrigen Hirnnerven ohne path. Befund. Reflexe lebhaft.

Man sieht, das Hauptgewicht in diesem Falle liegt auf dem „Sichnichterinnernkönnen", auf dem Erinnerungsausfall bei sonst geringfügigen allgemein dementen Zügen, die erst konsekutiv als Sekundärerscheinungen auftreten und im Gesamtbilde entschieden in den Hintergrund rücken. Daß sie nicht ganz fehlen, liegt in der Konsequenz des Hauptsymptoms. Der Fall ist ferner insoferne instruktiv, als er uns die fortschreitende Entwicklung der Amnesie vor Augen führt. Als dem Manne vor Gericht seine ihn belastende Aussage gelegentlich seiner Verhaftung vorgehalten wird, erklärt er wohl in Ermangelung einer besseren Ausrede, sich ihrer nicht zu entsinnen: die einfachste und nächstliegende Methode, um peinlichen Auseinandersetzungen aus dem Wege zu gehen. Einmal in Anwendung gebracht, wird diese Methode in fast zwingender Weise



rasch zur alleinigen und einzigen Verteidigungswaffe. Sie ist leicht zu handhaben, erfordert keine große geistige Spannkraft und ist auf jede wie immer geartete Untersuchungsmethode und bei jeder Situation anwendbar. Sie ist bequem und unbeschränkt ausdehnungsfähig. Allerdings versetzt sie den, der sie anwendet, alsbald in die Zwangslage, immer größere Zeiträume der Vergessenheit anheimfallen zu lassen und sich schließlich in unüberbrückbare Widersprüche zu verwickeln. Auf die Spitze getrieben, muß sie von selbst zum Pseudoschwachsinn führen.

Recht häufig lehnt sich der vorgetäuschte Schwachsinn an eine anderweitige körperliche Störung oder Erkrankung an, oder wird zumindest durch eine solche motiviert. Diesbezüglich spielt der „Sturz auf den Kopf", der Kopftyphus und bei italienischer Bevölkerung die Meningitis eine große Rolle, wie denn überhaupt das Kopftrauma und die genannten Erkrankungen bei allen Simulationen von Geistesstörung gern als ätiologisches Moment erwähnt werden. Unter den gleichzeitig bestehenden körperlichen Leiden nimmt hingegen die erworbene Schwerhörigkeit entschieden die erste Stelle ein und ist es nicht zu bezweifeln, daß sie oft als das eigentliche auslösende Moment der Idee, Schwachsinn zu simulieren, anzusprechen ist. In solchen Fällen nimmt die simulierte Demenz meist eine eigenartige Färbung an, indem sie in ihrem klinischen Bilde Züge eines eigentümlich passiv-abulischen Stupors annimmt und sich gelegentlich selbst bis zum vollständig stuporösen Verhalten vertieft.

Die den Schwachsinn begleitende Schwerhörigkeit oder Taubheit kann nun ihrerseits wieder entweder echt oder aber selbst simuliert, bzw. aggraviert sein. Bemerkenswert in dieser Beziehung sind folgende zwei Fälle.

Fall 11. M. E., Infanterist, 19 Jahre alt, ledig, Bauernssohn, assent. 1917. Aufgenommen 25./5., entlassen 31./5. 1918. Über das Vorleben des Mannes ist nichts objektiv Sicheres bekannt. Im März 1917 eingerückt, wurde er im Mai 1917 auf die hiesige Abteilung zwecks Konstatierung seines Geisteszustandes überstellt. Er bot damals das Bild eines Schwachsinnigen, faßte schwer auf, blickte den Arzt auf alle Fragen verständnislos an, schien etwas schwerhörig zu sein, erklärte, weder lesen noch schreiben zu können und keine Schulbildung genossen zu haben. Wußte weder sein genaues Geburtsdatum noch sein Alter, noch den Mädchennamen seiner Mutter, noch den Namen des Kaisers, war nicht imstande, die Monatsnamen aufzuzählen, rechnete die allereinfachsten Aufgaben wie 3 + 5 falsch und



konnte über den Krieg keine Angaben machen. Er hielt sich etwas steif, nahm keine Notiz von seiner Umgebung, gab sich „hilflos und treuherzig“.

Er wurde mit der Diagnose: hochgradig zurückgebliebene geistige Entwicklung, zur Ausscheidung aus dem Heere in Antrag gebracht und bald darauf auch tatsächlich nach Hause entlassen.

Am 25./5. 1918 kam er abermals zur Aufnahme. Diesmal bot er das Bild eines Tauben. Angeredet, zeigte er mit der Hand auf seine Ohren, um anzudeuten, daß er nichts höre, reagierte aber auch sprachlich gar nicht. Bei den Visiten stand er am Fußende seines Bettes und überhörte, ohne eine Miene zu verziehen, alle Fragen des Arztes. Er hielt sich etwas steif und gab sich ungeschickt. Durch eine genaue körperliche Untersuchung abgelenkt und plötzlich aufgefordert, die Zunge zu zeigen, vergaß er sich für einen Moment und streckte fast reflektorisch die Zunge heraus. Darüber zur Rede gestellt, tat er, als ob er nicht verstände, was man von ihm wolle und streckte in der Folge auf jede beliebige Aufforderung die Zunge heraus. Auf dem Zimmer ließ er sich von seinen Kameraden zum Besten halten und blieb konsequent in seinem Verhalten.

Am 28./5. wurde er im Spitalsgarten beim Schreiben eines Briefes überrascht. Als er den Arzt erblickte, versteckte er rasch das Schreiben in seine Bluse und tat, als ob er auf der Tischplatte kritzeln würde.

Der Brief, der ihm abgenommen wurde, hat folgenden Wortlaut:

Graz, am 28. Mai.

Liebe Mutter!

Im Anfange ich euch recht oft grüße und hoffe, daß Ihr alle gesund seid, was bei mir nicht mehr ganz ist. Denn die Untersuchung ist schwer, ich habe einen schlechten Doktor erwischt, aber jetzt geht es wohl wieder. Ich bin im Garn.-Spital 7, am Samstag den 25. wurde ich zur Konstatierung geschickt und da haben sie mir auf den Zettel geschrieben, wegen Geisteszustand soll ich konstatiert werden, das war schlecht. Ich werde hier bleiben müssen und werde dahier abgeprobt, das ist schwer gewesen. Jetzt glauben sie es mir wohl, aber zuerst gar nicht, es hieß, Schwindler sei ich. Geschrieben habe ich ganz heimlich und wenn es sein soll, daß bei euch zu Hause vielleicht auch nachgefragt werde, so sagt ihr, daß ich einmal wo heruntergefallen bin, wo wißt ihr halt nicht. Denn ich sage auch so, ich bin wo heruntergefallen, wo weiß ich halt nicht. Es wird wohl wieder gehen, aber langsam. Und den Bauernleuten müßt ihr auch die gleiche Nachricht sagen und sofort. Denn es ist sehr gefährlich. Ausgehen kann ich auch nicht, aber so brenne ich manchmal durch, über eine hohe Mauer hinaus, sonst müßt ich wohl ganz verzweifeln und da gehe ich halt zum Nikolaus N. hinein, mir kommt es vor, als wie wenns auch mein Vater wär, er.... (hier wurde der „Kranke“ unterbrochen).

Als dem Manne dieses Schreiben abgenommen wurde, wurde er kreideweiß, ließ aber noch nicht locker, begann zwar zu reden, stellte sich aber weiterhin schwachsinnig. Vermochte die einfachsten Rechenaufgaben nicht zu lösen, und war nicht imstande, drei ihm vorgesagte einstellige Zahlen nach-



zusagen. Er gab sich weiterhin höchst ungeschickt und unbeholfen. — Tagsdarauf, am 29./5., exploriert, lenkte er ein. Er stellte sich zwar immer noch etwas schwerhörig, gab aber auf laute Fragen geordnet Auskunft. Sei 19 Jahre alt, am 7./11. 1899 in Gr. als Sohn eines Holzknechtes geboren, habe einen Bruder und zwei Schwestern. Seine Mutter heiße Anna, geb. P. Er selbst habe bis zu seinem 14. Lebensjahre die Volksschule besucht und drei Klassen absolviert. Könne lesen und schreiben. Habe nachher Bauernarbeit verrichtet und seinem Vater beim Holzfällen geholfen. Im Jahre 1914 sei er von einem Baume gefallen und höre seitdem schlecht. Auf Vorhalt, warum er dann seiner Mutter geschrieben, man solle aussagen, er wäre seinerzeit wo abgestürzt, meint er unverfroren, die Mutter wisse von seinem damaligen Sturze nichts, da er sich nicht getraut hatte, ihr etwas davon zu sagen aus Furcht vor Strafe, weil er auf den Baum geklettert war.

Am 10./3. 1917 eingerückt, verschlechterte sich infolge Scharfschießens sein Ohrenleiden derart, daß er im Mai 1917 zur Konstatierung nach Graz geschickt, im Juni superarbitriert und nachher nach Hause entlassen wurde. Am 15./5. 1918 sei er wieder eingerückt.

Der „Kranke“ rechnet seinem Bildungsgrade entsprechend, sagt die Monate richtig her, weiß, wo er sich befindet und ist zeitlich gut orientiert. Er weiß genau, mit welchen Staaten wir im Kriege stehen und seit wann dieser dauert.

Auf die Frage, warum er sich taub, stumm und schwachsinnig gestellt, bleibt er verlegen die Antwort schuldig. Er gibt sich immer noch recht steif, sitzt bei der Exploration regungslos da und liebt, bevor er antwortet, zu fragen, was man ihn gefragt habe. Bemerkenswert ist der gutmütige, treuherzige Gesichtsausdruck, der so gar nicht im Einklange mit seiner Verschlagenheit steht.

Somatisch: Klein, untersetzt gut genährt. Seinem Alter entsprechend entwickelt. Auf dem Schädel keine Narben. Pupillen und Hirnnerven intakt. Rachenreflex vorhanden, Sehnenreflexe lebhaft. Herzaktion leicht beschleunigt. Ohrenbefund: Beiderseits Einziehung und Trübung. Hörschärfe beiderseits über 6 *m*.

Inwieweit im vorliegenden Falle wirkliche Schwerhörigkeit vorhanden ist, läßt sich ohne zuverlässige objektive Anamnese nicht mit Sicherheit entscheiden, doch ist aus psychologischen Gründen die Wahrscheinlichkeit eines mehr minder großen Hördefektes recht naheliegend. Nach dem Satz vom zureichenden Grunde ist es ein logisches Postulat, daß jeder Simulation von Kranksein ein ursächliches Moment zugrunde liegen muß, wonach gerade diese Störung und keine beliebige andere simuliert wird. Das vorgetäuschte Leiden muß irgendwie mit seinem Träger in näherer Beziehung stehen, sei es, daß der Kranke dieses Leiden aus eigener Erfahrung kennt, sei es, daß er es aus fremder, ihm aber irgendwie nahegehender Erfahrung entlehnt hat. Im ersteren Falle kann man von autogener,



im letzteren von allogener Simulation sprechen. In jedem Falle muß aber der „Kranke“ auf die Störung, die er vortäuscht, in irgend einer Weise „abgestimmt“ sein, sei es, daß diese „Abgestimmtheit“ für gewisse Leiden dem Kranken immanent, sei es, daß sie ein Produkt äußerer Einflüsse auf den Kranken ist. Im letzten Grunde muß jede Simulation sozusagen einen Kristallisationspunkt haben, um den sie sich bei gesättigter geistiger Spannung fast reflektorisch niederschlägt. Wie es fertige Assoziationskomplexe und psychische Mechanismen gibt, die bei erfüllten Bedingungen automatisch in Erscheinung treten, so scheint es fertig vorliegende Simulationsmechanismen zu geben, die bei verschiedenen Individuen verschieden, im gegebenen Momente auf einen einfachen Impuls, hin zu simulieren, da sind. Daß diese Mechanismen in verhältnismäßig wenigen Formen präformiert sind, liegt in der Gleichartigkeit des menschlichen Seelenlebens und der menschlichen gesellschaftlichen Struktur begründet, wie denn andrerseits diese Uniformität als ein Beweis ihrer Präformität gelten kann. Je willkürlicher und willensfreier ein psychisches Geschehen ist, desto weniger entfernt es sich vom Durchschnitt des tatsächlich beobachteten Geschehens. Nicht die Willensfreiheit, sondern der Willenszwang schafft schreiende Kontraste. Erst die Zerstörung jener, im Laufe des Lebens sich gebildeter Komplexe und Mechanismen durch echte Sejunktionsprozesse bringt jene Mannigfaltigkeit der Bilder zustande, wie sie uns in Irrenanstalten entgegentritt. Je tiefergreifend diese sejunktive Störung, desto mannigfaltiger sind bis zu einem bestimmten Grade die psychischen Bilder, und umgekehrt: je psychogener ein Ereignis, desto uniformer seine Symptomatologie. Man denke nur an die so eminent psychogenen Ganserschen Dämmerzustände in ihrer frappierenden Gleichartigkeit bei den verschiedensten Menschen aller sozialen Stufen und halte sich dabei die Bilder vors geistige Auge, die uns bei noch nicht zu tief verblödeten Paralytikern auf der einen, und noch nicht zu weitgehend zersetzten Schizophrenikern und Paraphrenikern auf der anderen Seite entgegentreten. Die eingangs erwähnte armselige Gleichartigkeit der simulierten Krankheitsbilder auf psychischem Gebiete ist eine Folge ihrer Willkürlichkeit und ihrer höchstmöglichen Psychogenese.

Bei der Simulation von rein körperlichen Krankheiten liegen die Verhältnisse allerdings insoferne anders, als da die Mannigfaltigkeit der Bilder durch die Mannigfaltigkeit der krankheitstragenden



Organe bedingt ist. Aber auch da sehen wir, daß auf ein und demselben Organgebiete die simulierten Krankheitsformen in ihrer Mannigfaltigkeit gegen die wirklich vorkommenden weit zurückstehen, daß auch hier gleichsam präformierte Mechanismen bereitzuliegen scheinen, die unter gegebenen Verhältnissen Realität annehmen. Diese Mechanismen sind im wesentlichen ein Produkt der jeweils herrschenden Ansichten der großen Masse über die Symptomatologie der betreffenden Organerkrankungen, und stellen sich gleichsam automatisch von selbst ein. Ich verweise nur auf die so überaus charakteristischen Bilder der hysterischen Stummheit, des hysterischen Hinkens, der hysterischen motorischen und sensiblen Lähmungen usf., auf Formen, die in ganz gleicher Ausprägung in fast „photographischer Treue" bei Aggravanten und Simulanten beobachtet werden. In diesen Tatsachen liegt die Schwierigkeit, ein rein simuliertes Krankheitsbild von einem „psychogen" bedingten mit Sicherheit zu unterscheiden, begründet, welche Schwierigkeit außerdem noch dadurch zunimmt, daß sowohl bei psychogenen wie bei rein vorgetäuschten Störungen die gleichen ursächlichen, d. h. rein psychisch wirkenden Momente die Hauptrolle spielen. Ein Eisenbahnunglück, eine Granatexplosion, ein Sturz während der Arbeit. kann aus dem Renten- und sonstigen Wünschen heraus so gut eine Simulation wie eine echte psychogene Störung auslösen, welch beide sich in nichts, oder doch nur in ganz unwesentlichen Zügen voneinander unterscheiden.

Ich hatte vor etwa einem Jahre im hiesigen Spitale einen minderwertigen „Kunstmaler" zu begutachten, der wegen allerlei nervöser Störungen zu uns überstellt wurde. Er gab an, im Felde durch eine explodierende Granate verschüttet worden und bewußtlos liegen geblieben zu sein. Unmittelbar darauf hätte sich das Zittern eingestellt. Später wären andere Erscheinungen hinzugekommen: ein Kitzel- und ein Juckgefühl im ganzen Körper, Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterkiefer, daneben Beklemmungs- und Angstgefühle und häufiges saures Aufstoßen. Er wäre vergeßlich geworden; könne sich nichts mehr merken, schlafe schlecht, schrecke nachts auf, sei außerstande, seine Gedanken zu konzentrieren usw. Objektiv fand sich: deutliche choreatische Unruhe der oberen Gliedmaßen, Kopfwackeln, Blinzeln und Zittern. Bei Intentionsbewegungen nahm der Tremor ab, bei Erregung zu. Daneben bestand leichte nystaktische Unruhe der Bulbi bei seitlichen Blickrichtungen, Zittern der



Zunge und Dermographie. Psychisch machte der „Kranke" einen leicht verstörten Eindruck. Der Mann wurde mit der Diagnose: „Sprengschlagneurose," zur gänzlichen Superarbitrierung vorgeschlagen und wesentlich vermindert erwerbsfähig bezeichnet. Nach einigen Wochen wurde er uns mit der Motivierung rücküberstellt, daß er niemals im Felde gewesen sei und nie eine explodierende Granate gesehen habe.

Dieser symptomatologischen Übereinstimmung zwischen psychogenen und gemachten Störungen scheint wohl auch die unter den übermodernseinwollenden Ärzten so weit verbreitete Neigung bedingt zu haben, in jedem psychogen anmutenden Krankheitsbilde unter allen Umständen eine wirkliche „psychogene" Störung zu sehen, als ob just ihr Arbeitsgebiet den Schwindlern unzugänglich und vor Betrügern gefeit wäre. In dieser Beziehung bleibt mir die Stellungnahme eines Schweizer Psychiaters einem „schweren Jungen" gegenüber unvergeßlich, der sich nach monatelanger Beobachtung kaum entschließen konnte, den Mann als einen Simulanten zu bezeichnen, trotzdem sich dieser konsequent nur bei den ärztlichen Visiten psychotisch zeigte, die ganze übrige Zeit des Tages jedoch sich in durchaus normaler Weise mit seinen Zimmerkameraden und den Pflegern unterhielt und Witze über die Psychiater machte.

Wie man von einem einfachen Bauernjungen irregeführt werden kann, beweist unser Fall M. Zugegeben, daß bei dem überaus großen Betrieb der hiesigen Anstalt, wo drei begutachtende Ärzte bis zu 3000 psychiatrische und neurologische Befunde jährlich abzugeben haben, eine einwandfreie und allseitige Untersuchung ausgeschlossen und man Irreführungen leicht ausgesetzt ist, so war der Fall doch nicht so kompliziert, daß er besondere Untersuchungsmethoden gebraucht hätte. Und doch war das Bild, das der „Kranke" hier bot, so in jeder Beziehung der hysterischen Stummheit eines verschüchterten schwachsinnigen Jungen ähnlich, daß seine Ausscheidung aus dem Heeresverbande neuerlich erfolgt wäre, wenn nicht der aufgefangene Brief Licht in die tatsächlichen Verhältnisse gebracht hätte. Man kann in diesen Fragen welchen Standpunkt immer einnehmen, das eine wird man nicht bestreiten können, daß unser Kranker Schwerhörigkeit zumindest aggraviert und Schwachsinn simuliert hat. Will man aber auch solche Fälle als „psychogen" bezeichnen, dann allerdings ist die Psychiatrie vor Schwindel und Betrug gefeit.



Fall 12. Kl. J., Infanterist, 19 Jahre alt, ledig, Bauernssohn, assent. 1917. Aufgenommen 15./11. 1917, entlassen 22./1. 1918. Machte bei der Truppe den Eindruck eines Tauben. Er gab auf keine Frage Antwort. Im Spital, wo er am 6./11. zur Aufnahme gelangte, erweckte er den Eindruck eines Simulanten, benahm sich vollständig teilnahmslos, gab kein spontanes Zeichen einer geistigen Tätigkeit, blickte fortwährend zu Boden, beharrte auf alle Anrufe und Berührungen in seinem unzugänglichen Verhalten. Der Ohrenbefund ergab lediglich beiderseits geringe Einziehung und Trübung der Trommelfelle.

Bei der Aufnahme auf die hiesige Abteilung taub und stumm: ist durch nichts auch nicht zur geringsten Auskunft zu bewegen, ist wie ein Automat, bleibt regungslos stehen, wo man ihn hinstellt, zuckt mit keinem Muskel des Gesichtes, hat absolut kein Bedürfnis, sich irgendwie mit seiner Umgebung in Rapport zu setzen und sich verständlich zu machen. Wird auf strenge Diät gestellt, bekommt Chinin.

25./11. Beginnt zu reden. Zeigt spontan auf seine Ohren und spricht: „Ich höre nichts, ich bin taub seit meiner Jugend.“ Wiederholt diese Phrase auf alle weiteren Fragen und bei jeder Maßnahme. Gibt sich im höchsten Grade passiv, aber nicht negativistisch.

30./11. Wird auf strenger Diät gehalten bei unverändertem Zustand.

5. 12. Sagt bei der Frühvisite: „Gebt mir Brot und Menage, ich bin taub seit meiner Jugend.“

10./12. Explorationsversuch: Völlig passiv, blickt unverwandt auf einen Punkt vor sich hin. Gesichtsausdruck mimisch, gar nicht bewegt. Nimmt keine Notiz von seiner Umgebung, reagiert auf keine Geräusche. Auf lautestes Schreien direkt in die Ohren gibt er nach langem Zögern seinen Namen an. Gibt ferner zu, Schule besucht zu haben, lesen und schreiben zu können. Schreibt auf ein Blatt Papier seinen Namen auf. Schreibt langsam, doch gut leserlich. Ein Versuch, sich mit ihm auf schriftlichem Wege in Rapport zu setzen, mißlingt, weil der Mann in der Folge das Geschriebene anstarrt, ohne darauf zu reagieren. Auch einzelne Buchstaben starrt er verständnislos an. Beim Vorzeigen von Bildern aus einem Bilderbuche geht er zunächst auf die Probe gar nicht ein, blickt am Buch vorbei. Erst unter größter Mühe gelingt es, den Mann so weit zu fixieren, daß er die Bilder anschaut. Reagiert in keiner Weise darauf. Nach langem Drängen bringt man ihn so weit, daß er bei der Abbildung eines Paares Schuhe auf seine Füße zeigt. Beim Vorhalten realer Gegenstände benennt er nach langem Anstarren ein Messer und einen Schlüssel richtig.

1. 1. Unverändert. Liegt im Bett, kümmert sich um nichts, nimmt aber Nahrung selbst zu sich und hält sich rein. Angesprochen, rührt er sich nicht, schaut den Arzt gar nicht an, auch wenn ihn dieser berührt. Auf die Beine gestellt, steht er wie eine Statue da, blickt dabei zu Boden. Energisch zur Rede gestellt, zeigt er mit der Hand auf die Ohren und sagt: „Ich höre nichts seit meiner Jugend,“ ohne sich jedoch dabei, wie wirklich Schwerhörige zu tun pflegen, die geringste Mühe zu geben, sich auf andere Weise verständlich zu machen. Andrerseits ist das Bild, das er bietet, durchaus



nicht das eines wirklich Stuporösen, er ist nicht negativistisch, nicht kataleptisch, nicht gehemmt und nicht in einem Spannungsaffekt, er ist lediglich passiv.

15./1. Eine Anfrage bei der Gendarmerie seiner Heimatgemeinde wurde heute dahin beantwortet, daß Kl. vor seiner Einrückung in jeder Beziehung normal gewesen sei und ihm nichts gefehlt habe. Es scheine sich um einen Simulanten zu handeln.

Der körperliche Befund sagt: Infantiles Aussehen, klein, grazil. Schädelumfang 52 cm. Pupillen reagieren. Gesichtsinnervation, soweit zu prüfen, symmetrisch. Rachenreflex herabgesetzt. Bindehautreflex vorhanden. Sehnenreflexe der unteren Extremitäten lebhaft. Herzaktion etwas beschleunigt. Ohrbefund bis auf Einziehung und Trübung normal.

Die ungewöhnliche Hartnäckigkeit und starre Konsequenz des Falles, die durch keine Maßnahmen in irgendwie nennenswertem Maße zu beeinflussen waren, ließen uns trotz negativen othologischen Befundes an tatsächlich vorhandene Schwerhörigkeit mit psychogenen Zügen bei angeborener Debilität glauben, bis der zuverlässige Bericht einlief, daß der Mann vor seiner Einrückung in jeder Hinsicht normal gewesen sei. Gewiß, das ist noch lange kein Beweis, daß der „Kranke" sein Verhalten simuliert hat, denn psychogene Störungen sind eben stets erworben und durch psychisch wirkende Momente, wie die Einrückung eines Debilen ein solches darstellt. ausgelöst. Auch das Bild, das der Kranke geboten, widersprach nicht der Möglichkeit einer solchen Genese. Und doch glaube ich, daß die übrigens einzige spontane Äußerung des Mannes in hiesiger Beobachtung, daß er seit seiner Jugend taub sei und nichts höre, als entscheidend für die Diagnose Simulation angesehen werden muß. Gesetzt den Fall, der 19jährige Bauernbursche wäre tatsächlich durch die ihn beängstigenden Eindrücke der Einberufung und Einrückung in einen psychogenen Stupor mit hysterischer Taubheit und Stummheit geraten, so ist dadurch seine Lüge, daß er von Kindheit auf taub sei, nicht im mindesten erklärt. Ohne diese lügenhafte Äußerung wäre der Fall in seiner sonstigen Widerspruchslosigkeit annehmbar gewesen, mit dieser ist er unhaltbar. Es liegt in ihr eine bewußt falsche Stellungnahme des „Kranken" seiner Störung gegenüber, eine Verfälschung des Sachverhaltes als Ausdruck mangelnden Selbstglaubens. Der feste Glaube des Kranken selbst an seine Krankheit ist aber meiner Überzeugung nach das Wesentlichste jeder psychogenen Störung. Wenn ein Merkmal namhaft gemacht werden kann, welches eine zweifelhafte Störung zur echt



„psychogenen" stempelt, so ist das des Kranken Glaube an sich selbst. Glaubt der Kranke selbst nicht an das, was er bietet, dann verstellt er sich. Ein Schamane ohne Glauben ist ein Gaukler.

Aber, so wird man mir einwenden, wo bleibt da der Beweis, daß der Mann bewußt gelogen hat, als er behauptete, seit Kindheit taub zu sein. Gewiß, auch diese Frage läßt sich stellen und ebenso gewiß nicht mit absoluter Sicherheit entkräften. Die absolute Sicherheit besteht auf psychischem Gebiete, sobald das Psychische nicht mein Erlebnis ist, wohl nirgends. Wo immer ich vom fremden Seelenleben etwas aussage, tue ich das stets auf Grund von Analogieschlüssen vom Eigenen aufs Fremde. Wenn ich trotzdem an ein fremdes psychisches Geschehen, das ich nie in mir erlebt, glaube, so tue ich das nur unter dem Zwange des Nichtbezweifelnkönnens infolge tausendfältiger fremder Erfahrung. Je weniger zwingend für mich diese fremde Erfahrung, desto größer der Zweifel und geringer der Glaube. Die Erfahrung vieler ist ein mächtiger, die Erfahrung der großen Mehrheit ein zwingender Grund für das Nichtbezweifelnkönnen seitens des Einzelnen. Ich glaube an das Hören von Stimmen, weil solche von Tausenden anderer Menschen gehört worden sind und diese Tatsache verbürgt ist, aber ich weise die meiner Erfahrung ganz widersprechende Annahme zurück, daß unser „Kranker" im guten Glauben erklärt habe, seit seiner Jugend taub zu sein, und ziehe daraus die Folgerung, daß er sich verstellt. Ob neben dieser Verstellung nicht doch noch eine echte Geistesstörung vorliegt, ist eine Frage für sich, doch glaube ich, daß der Beweis dafür aus dem Status praesens nicht zu erbringen ist und daß es nicht angeht, aus purem Widerwillen gegen eine Simulationsdiagnose den diagnostischen Grundsatz, Alles aus Einem zu erklären, fallen zu lassen. Hingegen kann es nicht bezweifelt werden, daß der Mann ein hysterisch veranlagter, in seiner psychischen Reife zurückgebliebener, minderwertiger Mensch ist.

Was die mit vorgetäuschter Taubheit komplizierte simulierte Geistesstörung im allgemeinen betrifft, ist der Umstand schon hervorgehoben worden, daß die eine Schwerhörigkeit begleitende Geistesstörung stets in der Form eines unproduktiven Schwachsinns erscheint, der sich bei vollständiger Taubheit zur völligen initiativelosen Passivität vertiefen kann. Es ist das ein Ausdruck jener psychischen Mechanismen, die das willkürliche Verhalten der Menschen beherrschen und regeln und erst durch wirkliche Krankheit außer



Funktion gesetzt werden. Taubheit als Passivität ist unverträglich mit agiler Produktion, erfordert mit dieser allzu große Willensanspannung und läuft dauernd Gefahr, sich dabei zu demaskieren. Der Taube ist gesellschaftlich hilflos und erscheint daher im psychotischen Zustande dem Laien als schwachsinnig-stuporös. Psychotische Symptome im engeren Sinne, z. B. Erregungs- und Verwirrtheitszustände, bei einem anscheinend erheblich Schwerhörigen oder ganz Tauben sind daher wohl immer echt und lassen ihrerseits den Schluß auf echte Schwerhörigkeit, bzw. Taubheit zu. Das gleiche kann man übrigens auch von den echt psychogenen Störungen bei psychogener Taubheit sagen: auch hysterische Taube produzieren wohl nur in den allerseltensten Fällen agitierte Formen psychogenen Irreseins. Eine weitere Eigentümlichkeit dieser Fälle ist ihre oft außerordentliche Hartnäckigkeit und starre Konsequenz, wie wir eine solche kaum bei einer anderen Form wiederfinden. Diese Eigentümlichkeit scheint die vorgetäuschte Taubheit übrigens mit allen Verstellungen auf rein körperlichem Gebiete, wie uns solche in Lähmungen, Gehstörungen, Haltungsanomalien u. dgl. entgegentreten, gemein zu haben. Der Grund hiefür liegt unseres Erachtens darin, daß alle willkürlich in Szene gesetzten Aktionsanomalien eine überaus große Tendenz haben, sich vom Willen unabhängig zu machen und psychogen zu verankern. Die zahllosen Symptomnuancen der sogenannten „Bettlerkrankheit" sind wohl zum großen Teil aus ursprünglich willkürlichen Typen durch psychogene Verankerung habituell gewordene Anomalien. Man spricht im Zeitalter der Unfallsrenten viel von fehlender Gesundungstendenz, vom mangelnden Wunsch und Trieb nach Gesundheit, vom passiven Widerstande gegen die heilende Zeit. Diese Anschauungen ruhen sämtlich auf der Annahme einer ursprünglich psychogenen Genese der Unfallskrankheiten, die später zum Teil wenigstens in gewollte übergehen können. Gewiß ist das für eine große Anzahl dieser Fälle richtig, doch meine ich, daß einige unter ihnen willkürlich einsetzen und sich erst im Laufe der Zeit psychogen verankern. Bei rein psychischen Symptomen und Symptomenkomplexen ist diese Verankerungstendenz geringer, fehlt aber keineswegs vollkommen und tritt uns in der Form des „Sicheinspinnens" entgegen. Der Unterschied zwischen rein geistigen und körperlichen Störungen in dieser Beziehung findet in dem Umstande seine Erklärung, daß das Psychische infolge seines stetigen Fließens im Gegensatz zur Trägheit der Masse

keine Stagnierungen zuläßt und hohe Willensanspannung erfordert, um willkürlich im Brennpunkt des Bewußtseins behauptet zu werden.

Das Beharren aber ist die Vorbedingung der Verankerung.

Als Ausfallserscheinung ist die Taubheit wie der sie begleitende Schwachsinn weit weniger den nivellierenden Einflüssen des ununterbrochenen intrapsychischen Strömens und Fließens unterworfen als die Hyper- und Parafunktionen, die einen ständigen Kampf mit jenen Nivellierungstendenzen zu führen haben, um sich behaupten zu können. Und so sehen wir denn ganz allgemein, daß Ausfallserscheinungen sowohl bei psychogenen und funktionellen als auch bei willkürlich produzierten Störungen vorherrschen und die selteneren hyper- und paraaktiven Symptome an Ausdauer und Hartnäckigkeit bei weitem übertreffen.

Der Umstand, daß Anomalien willkürlicher Genese in echt psychogene übergehen können, verwischt natürlich die schon an und für sich schwankende Grenze zwischen diesen noch mehr und erschwert im hohen Grade die Diagnose. Namentlich ist dies bei alten vernachlässigten Fällen der Fall, wo eine sichere Diagnose kaum noch zu stellen ist. Darum ist von praktischer Wichtigkeit, daß man jeder Simulation sofort und von allem Anfang an energisch entgegentritt und sie mit allen Mitteln zu brechen trachtet. Rasches und entschlossenes Eingreifen führt eher zum Ziele als zauderndes, wenn auch in den Einzelmaßnahmen einschneidenderes. Fraktionierte Behandlung ist minder wirkungsvoll, weil sie vom „Kranken“ als Unsicherheit und Unschlüssigkeit gedeutet wird.

Verwirrtheitszustände.

Die Bedingungen für den Ausbruch der akuten Verwirrtheit sind z. B. gegeben, wenn ein Mensch durch eigenes Verschulden oder sonstwie in eine unhaltbare Lage gerät, ohne durch diese unmittelbar bedroht zu sein und es ihm somit noch freisteht, sich sein Verhalten und Handeln der Situation entsprechend einzurichten. In dieser Lage befindet sich beispielsweise ein Deserteur vor seiner wahrscheinlich gewordenen Verhaftung. Einer der möglichen Auswege aus dieser Notsituation ist die Vortäuschung von Geistesstörung, indem diese bei ihrem Gelingen rückwirkend die Verschuldung entschuldigt und dadurch befreiend wirkt. Die simulierte Krankheit muß in diesem Falle so beschaffen sein, daß sie allgemein auffällt und dadurch die drohende Verhaftung beschleunigt, bzw. eine minder

drohende herbeiführt. Dem Wunsche entsprungen, einer peinlichen Situation durch die Herbeiführung einer neuen ein Ende zu setzen, stellt sie den klassischen Fall der bewußten „Flucht in die Krankheit“ im Gegensatz zu den psychogenen Psychosen gleicher psychologischer Genese.

Eine zweite, dem Ausbruch der akuten Verwirrtheit günstige Konstellation der Umstände ist jene, wo ein unerwünschtes, aber unverschuldetes Ereignis bevorsteht oder bereits eingetreten ist und die Psychose den Zweck hat, die Folgen dieses Ereignisses zu tilgen. Hierher gehören militärische Musterungen, bevorstehende neuerliche ärztliche Konstatierungen, Einteilungen in Marschformationen usw. Die „Krankheit“ bricht in diesen Fällen bald vor, bald nach dem unerwünschten Ereignis aus, immer wird aber die Zeit ihres Ausbruches mehr oder minder willkürlich bestimmt.

Hat die Psychose in jenen Fällen einen mehr aktiv-ausweichenden, so in diesen einen mehr aktiv angreifenden Charakter, in beiden Fällen erfordert sie aber ein nicht geringes Maß von Initiative und kleidet sich deshalb von vornherein in agitierte Formen, wie eine solche die Verwirrtheit darstellt. Sind die Verhältnisse günstig, so erscheint an ihrer Stelle wohl auch der Tobsuchtsanfall.

Wie jede simulierte Geistesstörung bricht auch der Verwirrtheitszustand akut aus, erreicht meist rasch sein Höhestadium, um dann mit eingetretener Entspannung der Situation meist kritisch, seltener lytisch abzuklingen. Seinem Zweck entsprechend, entweder rückwirkend die Schuld zu entschuldigen oder unliebsamen Ereignissen vorzubeugen, macht er wohl niemals unvermittelt einem geistig normalen Verhalten Platz, sondern geht stets in einen Pseudodefektzustand über, der seinerseits nur allmählich, oft erst nach Entlassung des „Kranken“ aus der ärztlichen Beobachtung schwindet. Je nach dem klinischen Bilde dieser postparoxysmalen Restzustände lassen sich verschiedene Gesamtverlaufstypen der simulierten Verwirrtheit, wie übrigens auch des Tobsuchtsanfalles, unterscheiden, die allerdings in ihrer reinen Ausprägung lediglich einen Typenwert haben, da sie, aus leicht begreiflichen Gründen, oft durch fließende Übergänge untereinander in ihrer Reinheit verwischt sind.

Ohne den tatsächlichen Verhältnissen Zwang anzutun, lassen sich drei solcher Verlaufstypen auseinanderhalten.

1. Die initiale akute Psychose klingt rasch in einen pseudoamnestischen Zustand mit gänzlich fehlender Erinnerung nicht nur



für die akute Phase der „Erkrankung“, sondern auch für die, diese Erkrankung auslösenden Ereignisse aus, ohne sich mit sonstigen psychotischen Zügen zu komplizieren. (Einfache Verwirrtheit, einfache Tobsucht.)

2. Die akute Phase hinterläßt nach raschem Ablauf einen mehr oder minder tiefgreifenden Pseudoschwachsinn mit falscher Amnesie. (Verwirrtheit mit Schwachsinn, Tobsucht mit Schwachsinn.)

3. Die Verwirrtheit oder die Tobsucht klingt lytisch unter ab- und anschwellenden pseudopsychotischen Zügen im engeren Sinne ab. (Protrahierte Verwirrtheit. Tobsucht mit Psychose.)

Fall 13. (Einfache Verwirrtheit.) R. J., Infanterist, 29 Jahre alt, Kutscher, ledig, assentiert 1916. Aufgenommen 22. 2., entlassen 15./3. 1917. R. hatte im Herbst 1916 einen 15tägigen Urlaub erhalten. Als er am Fälligkeitstermine nicht einrückte, wurde nach einigem Zuwarten telegraphisch seine Einrückungsmachung durch die Gendarmerie veranlaßt. Dieses Telegramm blieb infolge Unauffindbarkeit des Mannes resultatlos. Inzwischen rückte der Mann mit einer Verspätung von zwölf Tagen von selbst ein. Am nächsten Tage wurde er einer Musterung unterzogen und diensttauglich befunden. Tagsdarauf machte er einen Simulationsversuch von Geistesstörung, um seiner bevorstehenden Einrückung zum Ersatzbataillon zu entgehen: er erschien ganz unvermittelt unter aufgeregten wirren Worten in der Kanzlei, zertrümmerte mit den Händen vier Fensterscheiben und machte Miene, aus dem Fenster zu springen. Er wurde überwältigt und ins Gewahrsam gebracht. Am nächsten Tage beim Rapport einvernommen, erwiderte der Mann auf alle Fragen und Aufforderungen ostentativ mit der beständigen Redewendung, er könne sich an nichts erinnern. Bei der gerichtlichen Einvernahme verharrte er bei seiner Verantwortung und erzählte, daß er seit seinem 18. Lebensjahre an solchen Anfällen leide. Er werde plötzlich ganz sinnlos und wisse dann nichts von sich. So sei er einmal im Zivil als Kutscher wie wahnsinnig durch die Straßen gefahren, bis er angehalten wurde. Ein anderesmal habe er durchs Fenster springen wollen, wieder ein anderesmal habe er zu Hause einen Spiegel zerschlagen und in der Strafhaft in C. habe er wiederholt leichte Ohnmachtsanfälle gehabt.

Die Schwester des Beschuldigten bezeichnete ihren Bruder vor Gericht als einen sehr nervösen Menschen, der bei jeder Gelegenheit in Aufregung gerate. Infolge einer solchen Aufregung habe er einmal zum Fenster hinausspringen wollen.

R. ist zweimal wegen Diebstahls mit fünf Jahren, bzw. mit einem Jahre schweren Kerkers vorbestraft.

In der hiesigen Beobachtung verhielt sich der „Kranke“ dauernd geordnet und unauffällig, fügte sich willig und war stets orientiert. Psychotische Züge irgendwelcher Art kamen nicht zum Vorschein. Anfälle wurden bei ihm nicht beobachtet.

Einer eingehenden Exploration unterzogen, erklärte er zunächst sich



überhaupt an nichts zu erinnern. Erst nach und nach gab er einiges zu. Er erklärte, erst zwei Tage nach dem „Anfall“ im Gewahrsam zu sich gekommen zu sein und von dem ihn bewachenden Soldaten erfahren zu haben, was vorgefallen war. Er wisse nur, daß er vom Urlaube eingerückt, den Zug verlassen hatte. An alles Spätere erinnere er sich ganz und gar nicht. Auf den Umstand aufmerksam gemacht, daß er sich vor Gericht zu verantworten gesucht habe, gibt er zwar zu, gerichtlich vernommen worden zu sein, will aber nicht wissen, was er damals angegeben hatte. Als Ursache seines psychotischen Zustandes führt er den Umstand an, daß er gelegentlich seines Urlaubes erfahren hatte, daß vier bis fünf Monate vorher sein Vater gestorben war. Er habe bis zu der Zeit keine Ahnung davon gehabt und sich die Sache sehr zu Herzen genommen. Auf den Einwand, daß er davon bei seiner Einvernahme kein Wort erwähnt habe, meint er unverfroren, man habe ihn darnach gar nicht gefragt. Auf Vorhalt, woher er das wisse, wenn er sich sonst an die Verhandlung gar nicht erinnern könne, redet er sich dahin aus, daß er das von dem ihn bewachenden Soldaten in der Haft erfahren habe. An die Tatsache, daß er bei der Musterung für kriegsdiensttauglich erklärt worden sei, will er sich natürlich erst recht nicht erinnern.

Fall 14. (Einfache Verwirrtheit.) D. D., Infanterist, 21 Jahre alt, ledig, Schmied, assentiert 1917. Aufgenommen 3. 3., entlassen 6. 3. 1918.

D. hätte am 16. Februar von einem Urlaub wieder einrücken sollen. Am 20. Februar um halb 9 Uhr abends kam er ohne jeden Anlaß in das Rathauswachzimmer in N. und begann dort einen Spaziergang unter sehr aufgeregten Handbewegungen. Er hatte einen starren Blick und sprach fortwährend die Worte: „soldi, soldi fora.“ Auf jede an ihn gerichtete Frage gab er entweder keine Antwort oder sprach die erwähnten Worte.

Am 24. Februar dem Arzte seines Truppenkörpers vorgeführt, verhielt er sich im allgemeinen ruhig, starrte aber zeitweise, ohne sich um seine Umgebung zu kümmern, auf einen Punkt oder schaute unruhig herum, rieb sich von Zeit zu Zeit die Hände und wies Zitterbewegungen an den unteren Extremitäten auf.

Am 4. März auf der hiesigen Abteilung einer Exploration unterzogen, gab er sein Geburtsjahr, seinen Namen und Geburtsort richtig an, erklärte aber 19 Jahre alt zu sein. Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, meinte er, er sei im Jahre 1915 eingerückt. Auf die Frage, wie alt er damals gewesen, sagt er, 18 Jahre. Kann, obwohl er weiß, daß er vor drei Jahren eingerückt sei, sein Alter nicht ausrechnen. Das gegenwärtige Datum gibt er um zehn Tage falsch an. Örtlich ist er orientiert. Er komme von M. Warum man ihn hierhergebracht habe, wisse er nicht. Gibt zu, auf Urlaub gewesen zu sein. Der Urlaub habe fünf Wochen gedauert. Er habe bei seiner Mutter gewohnt. Wann und wie er von zu Hause weggekommen sei, wisse er nicht, er erinnere sich an nichts. Ins einzelne ausgeforscht, wird er recht unsicher, verwickelt sich in Widersprüche, erklärt einmal keine Ahnung zu haben, wann er vom Urlaub abgereist, muß aber dann doch zugeben, sich an die Abfahrt zu erinnern. Erinnert sich auch an alle Stationen, die er auf der Rückreise passiert bis zu einer bestimmten Sta-



tion, wo ihn die Erinnerung verlassen. Warum er auf dieser Station das Bewußtsein verloren habe, könne er nicht sagen. Als er zu sich gekommen, befand er sich in einem Zimmer bei seiner Kompagnie. Auch diesbezüglich sind die Angaben des Mannes recht unbestimmt und mit Unsicherheit vorgebracht.

An welchem Tage er von zu Hause abgefahren sei, erinnere er sich nicht mehr, aber er sei zur rechten Zeit abgefahren. Auf die Frage, woher er das wisse, beruft er sich auf seinen Urlaubsschein, worauf sein Einrückungstermin verzeichnet stehe. Gefragt, warum er in die Rathauswachstube gegangen und dort nach Geld verlangt habe, fragt er erstaunt: „Ich?" wird sehr lebhaft und versichert, sich daran nicht im geringsten zu erinnern, er gehe gerne ins Feld.

Früher sei er stets gesund gewesen, habe bisher nie einen ähnlichen Zustand durchgemacht. Sei Schmied von Beruf, stehe seit 1915 in Militärdiensten, sei seit acht Monaten beim Kader. Sollte wegen Neurasthenie superarbitriert werden. Habe im Jahre 1913 an Typhus gelitten, sei später wegen Lues in Spitalsbehandlung gestanden.

Auf Zureden, doch vernünftig zu werden und solche Geschichten nicht mehr zu machen und sich nicht geisteskrank zu stellen, wo doch der Grund fast offen zutage liege, wird er gereizt, schaut den Arzt von der Seite mit einem finsteren Blick an und meint in aufgeregtem Tone, daß er doch nervenkrank sei und an Schwindel leide.

Körperlicher Befund: Rachenreflexe herabgesetzt. Sehnenreflexe lebhaft, Herzaktion während der Untersuchung beschleunigt. Im übrigen ist der neurologische Befund negativ.

Ich gebe bereitwilligst zu, daß man nicht immer ohne weiteres imstande ist, aus dem klinischen Bilde des Verwirrtheitszustandes allein den Beweis für seine Unechtheit zu erbringen. Abgesehen davon, daß meistens derartige Fälle erst dann in fachärztliche Beobachtung kommen, wenn ihre Psychose schon längst vorbei ist, ähneln sie nicht selten dort, wo man sie noch zu beobachten Gelegenheit hat, so weitgehend den echten psychogenen Zuständen, daß es müßig wäre, über ihre Echtheit oder Unechtheit ernstlich zu diskutieren. Auf einige spezielle Züge der gemachten Verwirrtheit will ich weiter unten im Zusammenhange noch zu sprechen kommen, hier möchte ich nur auf einen, meines Erachtens entscheidenden Umstand hinweisen. Ich habe in zwei bisher besprochenen Fällen den fehlenden Selbstglauben des Kranken an seine Erkrankung als dasjenige Kriterium hervorgehoben, das einen zunächst zweifelhaften Zustand als einen „gemachten" durchschauen läßt. „Glaubt der Kranke selbst nicht an das, was er bietet, dann verstellt er sich." Ohne die retrograde Amnesie unserer Kranken als einen völlig adäquaten Ausdruck solches fehlenden Selbstglaubens ansprechen



zu wollen, glaube ich doch nicht fehlzugehen, wenn ich ihr die gleiche Bedeutung beimesse. Wo ein seelisches Geschehen so gut absichtlich in Szene gesetzt, wie psychogen krankhaft sein kann, und wo seine klinische Wertung keine Anhaltspunkte bietet, um jene beiden Möglichkeiten mit Sicherheit zu differenzieren, da tritt an den objektiven Beobachter als ultima ratio die Frage nach der inneren Wertung jenes abnormen Geschehens heran. Ich spreche absichtlich von einer Wertung des Einzelgeschehens und nicht von der der Gesamtpersönlichkeit dessen Trägers, denn es darf nicht außer acht gelassen werden, daß ja auch die Disposition zu den echt psychogenen Erkrankungen auf demselben Boden psychopathischer und in erster Linie ethischer Minderwertigkeit erwächst wie die Disposition zu den bewußten Irreführungen, daß es somit ein Widerspruch wäre, die ethische Minderwertigkeit eines Menschen einerseits als ätiologisches Moment seiner psychogenen Erkrankung und andererseits wieder als ein Kriterium der Unechtheit dieser Erkrankung anzusprechen. Nicht der Träger der krankhaften Erscheinung, sondern diese Erscheinung selbst soll gewertet werden, und diese Wertung ihrerseits darf nicht auf der Grundlage der allgemeinen ethischen Minderwertigkeit des Individuums, sondern lediglich auf der Grundlage seiner Beziehung zu diesem krankhaften Geschehen erfolgen. Mit anderen Worten: Nicht die Ehrlichkeit oder Unehrlichkeit, Glaubwürdigkeit oder Unglaubwürdigkeit eines Menschen im allgemeinen kommt dabei in Betracht, sondern einzig und allein seine Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit bezüglich dieser speziellen Krankheitserscheinung. Als ein solches Wertungskriterium habe ich den fehlenden Glauben des Kranken an seine Krankheit bereits hervorgehoben, hier füge ich ihm als gleichwertig die psychogene retrograde Amnesie hinzu.

Ich bin mir dabei vollkommen bewußt, daß die retrograde Amnesie genau so gut wie ihr Inhalt psychogener Genese und somit echt krankhaft sein kann, aber ich lehne es trotzdem ab, sie in der Konkurrenz mit anderen, selbst zweifelhaften psychopathologischen Zuständen als echt anzuerkennen. Sie ist ein so ausschließlich subjektives Symptom, so völlig jeder Kontrolle und jeder Überprüfung unzugänglich und dabei doch so nahe der bewußten Unwahrheit verwandt, daß sie nur dort zugestanden werden kann, wo sie durch unzweifelhafte und unanzweifelbare Momente gestützt wird.

Ein zweifelhafter geistiger Ausnahmszustand bei psychologisch



bedenklichen Nebenumständen kann sie aber so wenig stützen wie sie ihn. Eine Summation von sich gegenseitig stützenden Unwahrscheinlichkeiten entwertet diese letzteren völlig. Ist die psychogene retrograde Amnesie zwar ein in der klinischen Erfahrung begründetes Vorkommnis, so das doch nur insoferne, als sie gelegentlich nach echt psychotischen Zuständen zur Beobachtung gelangt. Wo sie sonst, und ganz besonders in Anlehnung an ein anderes zweifelhaftes psychopathologisches Geschehen behauptet wird, ist diese Behauptung nur mit der allergrößten Vorsicht aufzunehmen, will man nicht der logischen Gefahr sich aussetzen, die Möglichkeit jeder Unwahrheit bestreiten zu müssen. Tatsächlich wird sie nach psychogenen Psychosen recht selten, nach echten organisch bedingten nur ausnahmsweise beobachtet, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl aller echten Erkrankungen wird sie vermißt. Um so auffälliger ist es unter diesen Umständen, daß sie nach, alles eher als echt anmutenden Fällen so überaus häufig, ja in der Regel erscheint. Spricht das schon für ihren simulativen Charakter, so wird diese Vermutung ganz wesentlich durch die Erfahrung gefördert, daß sich die retrograde Amnesie so überaus häufig mit anderweitigen zweifellos simulierten Erscheinungen, in erster Linie mit ganz unmöglichen Schwachsinnsformen vergesellschaftet findet und daß sie auch primär, ohne eine ihr vorausgehende Attacke in einer durch nichts begründeten und jeder psychiatrischen Erfahrung widersprechenden In- und Extensität auftreten kann. Nach alledem muß man sagen, daß der rückschreitende Erinnerungsverlust im Anschluß an eine zweifelhafte Psychose gegen die Echtheit dieser Psychose spricht, obwohl er in Wirklichkeit nur bei den echten vorkommt. Es läßt sich auch nicht leugnen, daß die Annahme eines weitausgreifenden, rein psychogenen Erinnerungsausfalles so sehr der normal-psychischen Erfahrung widerspricht und dem allgemein menschlichen Einfühlen widerstrebt, daß selbst eine, zunächst als zweifellos echt zu bezeichnende Psychose durch eine ihr folgende, allzu extensive Amnesie in einem zweifelhaften Licht erscheinen kann. Gewiß ist dieses Gefühlsmäßige kein wissenschaftliches Argument, aber eben doch nur solange kein solches, als anderweitige positive wissenschaftliche Argumente vorliegen. In dem Moment jedoch, wo diese versagen und die Streitfrage sich in das Subtilste zuspitzt, entscheidet schließlich doch nur der persönliche Glaube des Menschen. Der beste Beweis dafür sind die abweichenden Meinungen zwischen den

besten Köpfen selbst auf den exaktesten Wissensgebieten und die fast individuellen Weltanschauungssysteme als ihr Forschungsergebnis. An den äußersten Grenzen des gerade noch unterbewußten psychogenen Geschehens gegen schon absichtlich bewußtes Erleben versagen natürlich schon gar alle Überzeugungsmethoden. Hier steht Glaube gegen Glaube und jede Diskussion wird überflüssig, weil unfruchtbar.

Man wird mir vielleicht bezüglich meiner Behauptung, daß selbst eine zunächst nicht zu bezweifelnde echt psychogene Psychose unter Umständen durch den ihr folgenden Erinnerungsausfall wieder zweifelhaft werden kann, einwenden, daß eine falsche Amnesie nach echter Krankheit nichts Auffallendes sein kann, da ja beide durch das sie auslösende Moment (z. B. eine Straftat) psychologisch zureichend erklärt sind. Gewiß bestreite ich diese Möglichkeit nicht, aber desungeachtet läßt sich anderseits nicht bestreiten, daß innige Beziehungen zwischen einer Psychose und der ihr folgenden Amnesie bestehen, namentlich dann, wenn das die Geistesstörung auslösende Moment der Amnesie verfällt. Ist diese Amnesie, wie in den meisten Fällen, bezüglich ihrer Echtheit zweifelhaft, so gilt der Satz: Je sicherer die Echtheit der Psychose, desto unsicherer die Fälschung des Erinnerungsausfalles, und umgekehrt: Je unsicherer die Echtheit der Psychose, desto sicherer die Fälschung jenes. Daraus folgt aber zwingend, daß auch die Wertung der Psychose von der der Amnesie abhängig ist und daß man die obigen zwei Sätze umkehren darf: Je sicherer die Fälschung des Erinnerungsausfalles, um so zweifelhafter auch die Echtheit der Psychose, usw. Gewiß, ist die Echtheit einer Geistesstörung über jeden Zweifel erhaben, dann kann sie allerdings durch keine noch so weitausgreifende Amnesie erschüttert werden, dafür gewinnt jedoch die Amnesie an innerer Glaubwürdigkeit. Es widerstrebt eben der menschlichen Logik, zwei aufs engste verbundene Tatsachen unabhängig voneinander zu werten, und das ist meines Erachtens in allen zweifelhaften Fällen entscheidend.

Zur Beleuchtung dieser Verhältnisse will ich zwei Beispiele bringen. Das erste halte ich für reine Simulation, das zweite ist mir bezüglich der Psychose, eben wegen der zu extensiven und zu intensiven konsekutiven Amnesie, nachträglich zweifelhaft geworden.

Fall 15. (Protrahierte Verwirrtheit) P. R. 25 Jahre alt, verheiratet, Kaufmann, assentiert 1915. Aufgenommen 4./1., entlassen 11./4. 1918. P. soll nach Angabe seiner Mutter seit seinem vierten Lebensjahre an somnambulen

nächtlichen Zuständen leiden: stehe nachts auf und wandere ohne aufzuwachen im Zimmer auf und ab. Sei sehr nervös, gerate leicht in Aufregung, wobei er zittere und nachher über Kopfschmerzen klage. Manchmal mache er den Eindruck eines verlorenen, in sich gekehrten Menschen. Habe viel unter Kopfschmerzen zu leiden, die anfallsweise, mitunter mehrmals am Tage, auftreten. Sonst habe er aber niemals Anzeichen einer Geistesstörung geboten. Er stehe seit sieben Jahren als Schreiber bei einem Kaufmann im Dienst und sei sein Chef mit ihm sehr zufrieden.

Sein Vater starb an progressiver Paralyse, war ein schwerer Trinker, der Großvater war ein Epileptiker.

P. wurde im Mai 1915 gemustert und sollte zu seinem Regiment einrücken. Da er nicht einrückte, wurden Erhebungen über sein Verbleiben gepflogen. Seine Frau erklärte im Juni, ihr Mann wäre am 21. Mai abgereist und hätte seit der Zeit nichts mehr von sich hören lassen. Der Mann blieb auch weiterhin verschollen.

Am 9./9. 1917 um 2 Uhr nachts wurde in T. ein anscheinend geisteskranker Mann angehalten, als er die vor einem Kaffeehaus stehenden Sessel herumwarf. Zur Wache überstellt, gab er an, seit gestern von seiner Wohnung fort zu sein. Wo sich diese befinde, wisse er nicht. Er leide seit langer Zeit an starken Kopfschmerzen und habe deswegen sein Erinnerungsvermögen verloren. Bis jetzt habe er mit einer alten Frau zusammen gewohnt, wer diese Frau sei, wisse er aber auch nicht. Er sei verheiratet, könne aber nicht sagen, wo sich seine Frau befinde. In Haft genommen, zeigte sich der Mann ganz verwirrt, konnte seinen Namen nicht angeben, verhielt sich schweigsam, stieß aber von Zeit zu Zeit mit dem Kopf gegen die Mauer.

Am 12./9. dem Spital übergeben, verhielt er sich dort ruhig, beantwortete aber alle Fragen mit einem stereotypen: „Ich weiß nicht, ich erinnere mich nicht.“ Auf dem Kopf wies er einige blutunterlaufene Stellen auf. Später gab er an, daß er sich lange Zeit unter Wachleuten aufgehalten habe und von seiner Frau nichts wisse. Er sei lange Zeit zu Hause eingesperrt gewesen, sei dann einmal ausgegangen, habe sich nicht mehr zurechtgefunden und sei den ganzen Tag herumgeirrt. Seinen Namen, den Namen seiner Frau und die Adresse seiner Wohnung wisse er nicht. Über seine militärischen Verhältnisse sei ihm nichts bekannt. Er klagte über Kopfschmerzen, schlief nachts wenig und machte oft den Eindruck eines Nachtwandelden. In diesem Zustand verblieb er 18 Tage. Am 1. Oktober verlangte er eine Unterredung mit dem Arzt und erwies sich, als ihm diese gewährt wurde, plötzlich vollkommen klar und orientiert. Er gab seinen Namen, seinen Beruf, seine Wohnung usw. richtig an und gab auch sonst passende Antworten. Er behauptete, seine letzte klare Erinnerung sei der Tag seiner Einrückung zum Militär im Mai 1915. Nachher habe er alles vergessen. Er habe keine Ahnung, wo er in der Zwischenzeit gewesen und was er getan.

In der Folge verhielt er sich vollkommen ruhig, verkehrte aber mit niemandem und schien gedrückter Stimmung. Anfälle wurden in der ganzen Beobachtungszeit, die bis zum 11. November dauerte, nicht beobachtet.



Am 6./11. gerichtlich vernommen, gab er in durchaus geordneter Weise, ohne sich irgendwie auffällig zu machen, folgendes an:

„Ich wurde im Mai 1915 bei der Musterung als geeignet befunden und erhielt den Befehl, in einigen Tagen einzurücken. Ich erinnere mich, daß ich einige Tage nach der Musterung abgereist bin und daß ich aus dem Kupee meine Frau, die sich am Fenster meiner Wohnung befand, begrüßt habe. Was dann mit mir geschah, wo ich hinkam, was ich machte, wo ich wohnte, weiß ich nicht. Ich kam erst vor etwa drei Wochen im Spital wieder zu sich. Ich fragte einen Zimmerkameraden, wo ich mich befinde und dieser klärte mich auf. Seit dieser Zeit habe ich wieder mein Bewußtsein gewonnen, weshalb ich alles verstehe und keiner Geistesstörung mehr unterworfen bin. Nur des Abends habe ich noch starke Kopfschmerzen."

Am 12./12. 1917 neuerlich gerichtlich vernommen, erweckte er den Eindruck eines Geistesgestörten, führte sonderbare Reden, erkundigte sich, wann der nächste Zug nach Wien abgehe, er erwarte ein Antwortschreiben vom Kaiser. Der Erzherzog Salvator, der eines Tages die Kranken im Spital besucht habe, habe ihm ein Empfehlungsschreiben an den Kaiser überreicht, damit er eine Offiziersstelle bei seinem Regiment bekomme. Den Erzherzog kenne er von M. her und habe wiederholt mit ihm gesprochen.

Am 5./1. 1918 wurde P. zwecks Begutachtung seines Geisteszustandes auf die hiesige Abteilung überstellt. Er trug zunächst ein stilles, in sich gekehrtes Wesen zur Schau, machte spontan keine Angaben und trat nie mit irgend einem Wunsche hervor. Er gab sich sehr bescheiden und fügte sich ohne die geringste Widerrede in die Ordnung der gesperrten Abteilung. Bei der ersten orientierenden Exploration in der ersten Woche nach seiner Aufnahme gab er bezüglich seines Vorlebens in durchaus geordneter Weise ausführlich Auskunft und schilderte seine Erlebnisse am Tage seiner Einrückung zum Militär. Er sei am 21. Mai abgefahren. Der Zug sei voll singender und schreiender Soldaten gewesen. Dies und der schwere Abschied von seiner Frau hätten ihn ganz konfus gemacht. Es wurde ihm schwer ums Herz und er begann zu weinen. Dann trübte sich sein Bewußtsein und er wußte nichts mehr von sich. Als er wieder zu sich kam, befand er sich im Spital. Inzwischen waren zwei Jahre verflossen. Wo er in dieser ganzen langen Zeit gewesen, wovon gelebt, wo gewohnt, was gemacht, von all dem habe er keine Ahnung.

Seine angebliche Bekanntschaft mit dem Erzherzog Salvator erwähnte er spontan mit keinem Worte und äußerte auch sonst keinerlei Größenideen. Ausdrücklich darüber befragt, machte er schüchtern und unschlüssig einige Äußerungen. Er sei mit dem Erzherzog in M. bekannt geworden. Seither nehme sich dieser seiner an und habe ihm eine Offiziersstelle beim Regiment verschafft. — Seine Angaben waren sehr allgemein gehalten und gar nicht ihrem Inhalt entsprechend affektbetont. Als man seine Ausführungen bezweifelte, wurde er verlegen und suchte seine Ideen gar nicht zu verteidigen. Hingegen brachte er sie auf einigen, an seine Frau adressierten Postkarten auch weiterhin in etwas versteckter Form noch einige Male vor. Als ihm aber strikte erklärt wurde, daß Postkarten ähnlichen Inhalts nicht,





zur Beförderung gelangen werden und er doch Vernunft annehmen solle, hörten auch diese Enunziationen auf und der „Kranke“ äußerte in der ganzen späteren Zeit seiner fast dreimonatigen Beobachtung nie mehr ähnliche oder verwandte Ideen. Im Gegenteil, er wurde in seinem Wesen von Tag zu Tag freier, beschäftigte sich später, auf die offene Abteilung verlegt, sehr fleißig mit häuslichen Arbeiten, half den Pflegern beim Aufräumen und beim Putzen, erbat sich und bekam fast täglich freien Ausgang, von dem er stets pünktlich zurückkehrte. Er gab sich dauernd unauffällig und natürlich, war willig, freundlich und entgegenkommend, bescheiden und anscheinend zufrieden. Nächtliche somnambule Zustände oder Anfälle wurden bei ihm nicht beobachtet.

Sobald man ihn jedoch nach seinen Größenideen explorierte, brachte er sie immer wieder in etwas zaghafter und unschlüssiger Weise vor, bestand darauf, daß ihm der Erzherzog ein Empfehlungsschreiben an den Kaiser eingehändigt hatte und daß ihm eine Offiziersstelle in Aussicht gestellt worden sei. Gefragt, in welchem Verhältnis er eigentlich zum Erzherzog stehe, gab er schlicht an, er sei von diesem in M. und auf dem Dampfer gelegentlich angeredet worden, wie das so die Art des leutseligen Erzherzogs schon sei. Später habe er ihn im Spital gleich wieder erkannt und habe Anteil an seinem Schicksal genommen.

Als P. in Erfahrung brachte, daß er diensttauglich seinem Truppenkörper überstellt werde, legte er sich ins Bett und schützte heftige Kopfschmerzen vor.

Somatisch: Mittelgroß, kräftig, auffallend blaß. Gesichtszüge etwas schlaff. Gaumen eng. Fettpolster auf dem Abdomen stark entwickelt. Fehlender Bartwuchs. Gaumenreflexe herabgesetzt. Kniesehnenreflexe vorhanden. Sonst negativer Befund.

Man wird ohne weiteres zugeben müssen, daß in diesem Falle aus dem klinischen Bilde der initialen Psychose allein kein Schluß auf ihre Echtheit oder Unechtheit gezogen werden konnte, daß sie vielmehr im großen und ganzen dem Bilde eines hysterischen Dämmerzustandes entsprach, wie solche gelegentlich bei dazu Disponierten im Anschluß an psychische Traumen beobachtet werden. Soweit wäre die Sache in Ordnung gewesen. Die Situation änderte sich aber mit einem Schlage, als nach dem Abklingen des geistigen Ausnahmszustandes der Kranke erklärte, die Erinnerung für einen Zeitraum von zwei Jahren vollständig verloren zu haben. Ohne behaupten zu wollen, daß das gegen alle psychiatrische Erfahrung verstoße, muß man doch sagen, daß es nicht angeht, ohne zwingende Gründe eine solche Behauptung als Wahrheit hinzunehmen. Angenommen, der Mann wäre unter dem Eindruck seiner Einrückung und seines Abschiedes von seiner Frau tatsächlich in einen abnormen Zustand geraten, so kann man aus rein psychiatrischen Gründen unmöglich



annehmen, daß der Ausnahmszustand zwei Jahre gedauert habe, ganz abgesehen davon, daß der Kranke unter solchen Umständen in der langen Zeit sich hätte irgendwie auffällig machen müssen und ohne gesicherte Unterkunft nicht hätte existieren können. Darüber ist aber nichts bekannt geworden. Sowohl seine Frau als seine Mutter erklärten, keine Ahnung zu haben, wo der Kranke in dieser Zeit gewesen sein könnte. War aber der Kranke in den zwei Jahren nicht psychotisch, so ist nicht einzusehen, warum er dann so ganz die Erinnerung an diese Zeit verloren haben sollte. Die Annahme, daß der Dämmerzustand, welcher seinerseits nicht anders als eine Flucht in die Krankheit, um einer unhaltbaren Situation ein Ende zu setzen, gedeutet werden kann, den Erinnerungsausfall zur Folge gehabt habe, ist zwar nicht a priori ausgeschlossen, aber doch in so hohem Grade unwahrscheinlich, daß es als eine logische Notwendigkeit erscheint, anzunehmen, die Amnesie sei nicht echt. Nun liegen zwei Möglichkeiten vor: Der Mann geriet gelegentlich seiner Einrückung in einen Ausnahmszustand, der seine Abreise verhinderte. Trotzdem dieser Zustand bald nachher schwand, rückte der Mann doch nicht ein, hielt sich vielmehr fast zwei Jahre versteckt, bis ihn ein neuerlicher Ausnahmszustand zufällig in die Hände der Behörde spielte. Nun log er vor, sich an die ganze Zeit seit dem Einsetzen des ersten Ausnahmszustandes nicht zu erinnern. — Die zweite Möglichkeit ist einfacher: Der Mann rückte seinerzeit nicht ein, hielt sich in der Folge versteckt; als er aber sah, daß der Krieg kein Ende nehme und seine Situation auf die Dauer unhaltbar werde, provozierte er seine Verhaftung durch bewußt absichtliche Flucht in die Krankheit. Es kann nicht zweifelhaft sein, welche unter diesen beiden Fassungen die glaubwürdigere, logisch und psychologisch begründetere ist. Außerdem spricht für die letztere die zweifellose Fälschung des Erinnerungsausfalles. Daß sich der simulierten Psychose echt hysterische Züge hinzugesellt haben mochten, ändert nichts an der Sache, entscheidend bleibt immer die simulative Tendenz. Sein späterer Versuch, sich auf einem anderen Wege aus der Schlinge zu ziehen, ist nur eine weitere Bestätigung für die Richtigkeit meiner Auffassung.

Fall 16. (Protrahierte Verwirrtheit.) St. F., Korporal, 22 Jahre alt, ledig, Besitzerssohn, assentiert 1914. Aufgenommen 26./8., entlassen 11./10. 1917. Am 7./7. 1917 schickte St. aus dem Spital, dem er als Aufsichtscharge zugeteilt war, heimlich eine Kiste an seine Geliebte und fuhr am gleichen



Tage ohne Bewilligung selbst dorthin. Am 9./7. zurückgekehrt und zur Rede gestellt, erklärte er, er habe ohnehin beide Nächte im Spital geschlafen und sei nur am 8. mit seiner Geliebten in der Umgebung des Spitals spazieren gegangen. Später jedoch gestand er ein, in dieser Zeit abwesend gewesen zu sein. In der obenerwähnten Kiste, die bei seiner Geliebten beschlagnahmt wurde, fand man eine Menge offensichtlich gestohlener Gegenstände. Ferner fand man im Besitze des Beschuldigten 2) Urlaubsscheinblankette, eines davon vom Beschuldigten selbst ausgefüllt und mit gefälschten Unterschriften versehen.

Über die Herkunft der bei ihm gefundenen Sachen gefragt, machte er erwiesenermaßen unwahre Angaben und stellte sich dann, als er sah, daß die Angelegenheit für ihn peinlich zu werden beginne, geistig und körperlich krank. Er tat, in Präventivhaft gesetzt, als ob er seinen Urin trinken wollte, was er aber nie ausführte, blieb konstant zu Bett, behauptete, ein Loch im Kopf zu haben und operiert werden zu müssen. In den ersten Tagen seiner Haft erlitt er einen Ohnmachtsanfall. Einem Spital überstellt, lag er dort ruhig zu Bett, den starren Blick geradeaus gerichtet, um den Kopf ein Tuch gewickelt. Auf alle Fragen reagierte er mit der stereotypen Antwort, daß er ein Loch im Kopf oberhalb des rechten Auges habe, daraus stark blute und sofort operiert werden müsse. Anamnestische Daten und Personalangaben waren von ihm nicht zu erlangen.

Am 16. August wurde er der hiesigen Abteilung übergeben. Der damalige Befund lautet: „Blickt starr, mit großen Augen vor sich hin, nimmt keine Notiz von seiner Umgebung. Angesprochen, rührt er sich nicht, reißt nur die Augen noch weiter auf. Energisch zur Rede gestellt, wendet er sich langsam zum Arzt, hebt die Hand und deutet damit auf die mit einem Tuch umwickelte Stirn, dabei mit matter, schwacher Stimme flüsternd: „Blut fließt da herunter, Blut." Bestreicht sich das Gesicht mit den Fingern und schaut dann diese an, als ob sie blutig wären. Faltet dann die Hände und murmelt unverständliches Zeug, aus dem man nur die Worte operieren, bitte, versteht. Als ihm das Tuch von der Stirne gerissen wird (eine Wunde ist nicht vorhanden), beginnt er schwächlich zu jammern, greift sich an die angeblich verwundete Stelle, beruhigt sich aber bald und bleibt dann regungslos vor sich hin starrend sitzen. Alle Versuche, den Kranken zum Reden zu bringen, scheitern an seinem völlig ablehnenden Verhalten. Auf jede Frage nach seinen Personalien beginnt er jammernd von seiner blutenden Stirne zu sprechen. Sein Gesichtsausdruck nimmt dabei einen leidenden, weinerlichen Zug an. Gefragt, woher er die Wunde habe, streckt er die Hand vor sich aus, wie wenn er andeuten wollte, daß ihm etwas auf die Stirne zugeflogen gekommen war, und spricht irgend etwas mit stotternder, gänzlich unverständlicher Stimme.

Somatisch: Lagophthalmus, mäßiger Exophthalmus. Pupillen reagieren, Sehnenreflexe lebhaft. Rachenreflex kaum angedeutet. Puls klein frequent.

Der Kranke wurde am 22./8. einer Irrenanstalt übergeben, kam aber am 25./9. neuerlich auf der hiesigen Abteilung zwecks Begutachtung seines Geisteszustandes zur Aufnahme.



Bei der Aufnahme ruhig und geordnet, macht aber einen etwas verstörten Eindruck. Ist in seinem Auftreten unsicher und leicht verlegen, weiß nicht recht, wie er sich geben sollte. Örtlich, zeitlich und persönlich orientiert, gibt er sinngemäße Antworten: komme aus der Anstalt für Geisteskranke, warum, sei ihm unbekannt.

In den folgenden Tagen andauernd ruhig und unauffällig, schläft nachts ruhig, nimmt mit Appetit die Nahrung zu sich. Direkte psychotische Züge im Sinne von Verwirrtheitszuständen, Sinnestäuschungen, wahnhaften Äußerungen usw. wurden nicht beobachtet.

Am 29. 9. eingehender exploriert, erklärte der Kranke, nicht zu wissen, warum er sich hier befinde, er wisse nur, daß ihn Leute angegangen seien, die ihn mit Messern, Hacken und Stöcken bedroht haben. Er habe sie in der Anstalt ganz deutlich zwischen den Türen stehen gesehen. Seit 14 Tagen befinde er sich besser. Eine Täuschung könne das kaum gewesen sein, weil er die Leute mit eigenen Augen gesehen habe. Man habe auch seinen Namen gerufen, ihm auch andere Sachen zugeschrien, an die er sich jedoch nicht mehr erinnern könne. Auf die Frage, warum er in gerichtlicher Untersuchung stehe, erklärt er, auch das nicht zu wissen: er habe nie etwas Unrechtes getan, wisse auch nicht, wessen man ihn beschuldige, erst hier habe er erfahren, daß gegen ihn etwas los sei. Wann, warum und unter welchen Umständen er in die Anstalt gekommen, wisse er nicht. Er erinnere sich nur noch, in F. Kopfschmerzen gehabt zu haben. Was weiter mit ihm geschehen sei, wisse er nicht. Der Beschuldigte stellt entschieden in Abrede, eine Kiste mit ärarischen Sachen oder überhaupt eine Kiste an seine Geliebte geschickt zu haben, auch habe er sich seines Wissens niemals der eigenmächtigen Entfernung schuldig gemacht. Er will nichts davon wissen, daß das Spital, dem er zugeteilt gewesen, aufgelöst hätte werden sollen, auch nichts davon, daß er von seinem Vorgesetzten über die Herkunft einiger Monturstücke, die bei ihm gefunden worden waren, ausgeforscht worden sei, auch nichts davon, daß er in Präventivhaft gewesen und später ins Spital übergeführt worden sei...; auf alle diese Fragen schaut er den Arzt groß an und erklärt, keine Ahnung davon zu haben. Beim Vorlegen des gefälschten Urlaubsscheines erklärt er, die Schrift scheine sein zu sein, doch könne er sich nicht erklären, wie sie auf dieses Papier komme. Als ihm die Strafanzeige vorgelesen wird, hört er ruhig zu, bricht aber dann etwas gezwungen in Tränen aus, versichernd, daß er sich in seinem Leben nie des kleinsten Diebstahles schuldig gemacht habe.

Über sein Vorleben gibt er an: Sohn eines Gutsbesitzers, hat eine gesunde verheiratete Schwester. Der Vater lebt, die Mutter starb im Herbst 1916 an Gebärmutterkrebs. In der Familie keine Belastung. Er selbst litt in der Kindheit an Fraisen, war aber später gesund. Absolvierte die Volksschule und eine Bürgerschulklasse, blieb nachher beim Vater und beschäftigte sich in der Landwirtschaft. Er trank nie viel und war nie geschlechtskrank. 1914 eingerückt, war er 10 Monate im Felde, wurde am Kopf, am linken Vorderarm und linken Fuß verwundet. Seit 1916 im Hinterland.

Der Beschuldigte ist örtlich und zeitlich gut orientiert, faßt gut auf,



bekundet eine ungestörte Aufmerksamkeit und ist bis auf eine gewisse Befangenheit und Unsicherheit in seinem Wesen unauffällig.

In der Folge andauernd ruhig und geordnet, bleibt bei seinen Angaben.

Gerichtspsychiatrisch liegt der Fall klar. Was immer nachher geschehen sein mochte, zur Zeit der strafbaren Tat war der Mann zweifellos psychisch gesund und vor dem Gesetz verantwortlich. Anders liegt die Frage schon bezüglich der Psychose. Ich bin mir zwar darüber im klaren, daß die große Mehrzahl der Psychiater sie als eine echte reaktive psychogene Störung angesprochen wissen möchte, bin aber nichtsdestoweniger überzeugt, daß das nicht alle Psychiater wären. Was endlich die konsekutive Amnesie betrifft, so weiß ich wirklich nicht, auf welcher Seite die Mehrzahl der Sachverständigen zu finden wäre. Soviel scheint mir indessen sicher zu sein, daß, wenn die Psychose angezweifelt werden kann, so das nur im Hinblick auf die allzu extensive Amnesie.

Was das klinische Bild der simulierten Verwirrtheit betrifft, so gibt es ganz fließende Übergänge von den offensichtlich gemachten, jeder Erfahrung widersprechenden Typen, bis zu den ganz hysterogen anmutenden Bildern mit Ganserschen Zügen. In diesen letzteren Fällen ist ihre Unterscheidung von echten Zuständen allerdings oft ganz unmöglich und es läßt sich nicht bezweifeln, daß es da scharfe Grenzen gar nicht gibt. Je ähnlicher der beobachtete Verwirrtheitszustand dem echten hysterischen Dämmerzustande wird, desto wahrscheinlicher ist es, daß ihm ein echter Kern zugrunde liegt und daß „absichtliche Verstellung und krankhafte Entstehung der Störung ohne scharfe Grenze ineinander übergehen“. (Kraepelin.) Vom echten „Ganser“ unterscheiden sich die rein simulierten Fälle, abgesehen von ihrer im allgemeinen etwas kürzeren Dauer, durch das Fehlen des so überaus charakteristischen Vorbeiredens und des puerillen Gebarens und durch ihre Neigung, auf äußere Einwirkungen hin in blinde Erregungszustände überzugehen. Meist fehlt ihnen die für die echten Zustände so typische affektive Betonung, sei es im ängstlichen, sei es im schreckhaften, sei es im läppisch-heiteren, infantil anmutenden Sinne, es fehlen ihnen stets und ausnahmslos die Illusionen und die Halluzinationen und wohl auch die wirklich durchgreifende Verkennung der Situation. Der Simulant ist lediglich verwirrt, ohne Inhalt und ohne Affekt. Und selbst die Verwirrtheit ist nicht durchgreifend und die ganze Psyche umfassend, sondern äußert sich bald auf



diesem, bald auf jenem Gebiete; sie ist sprunghaft und ohne innere Logik und doch dabei zielstrebig und darum nicht unbefangen wie die echte. Bei der Aufnahme in die Spitalsbeobachtung ist ungemein beliebt das Rollen mit den Augen, bei weit aufgerissenen Lidern, eine übertrieben lässige Haltung (die Hände in den Taschen, die Kappe schief auf dem Kopfe usw.) bei frecher Tonart des Auftretens. Zuweilen tritt eine Unsicherheit im ganzen Gebaren der Kranken unverkennbar hervor. Sie gehen nicht gerne auf eine Konversation ein, denken nach, bevor sie antworten, weichen dem Blick des Arztes aus und machen dadurch einen steifen, befangenen Eindruck. Ins Bett gebracht, ist ihr erstes, sich die Decke über den Kopf zu ziehen und zunächst regungslos liegen zu bleiben. Bei den Visiten stellen sie sich gerne schlafend, um, angesprochen, mit einem Ruck zusammenzufahren und erstaunt herumzublicken. Ihr psychischer Zustand ist voll Widersprüche: sie fassen meist gut auf und sind attent, sprechen den Arzt nicht selten mit Herr Doktor an und behaupten, nicht zu wissen, wo sie sich befinden. Bei den Explorationen lieben sie vor sich zu starren oder neugierig, affenartig um sich zu blicken. Gelegentlich reden sie Unsinn. Energisch zur Rede gestellt, pflegen sie heftig zu werden, beginnen lebhaft zu gestikulieren und in kreischender Stimme zu sprechen, runzeln die Stirne und machen ein drohendes, finsteres Gesicht. Bei den protrahierten Formen verwischt sich das Bild der eigentlichen Verwirrtheit zu einem Gemisch von akinetischen und hyperkinetischen, Demenz- und Amenzsymptomen hysterischer Färbung mit Ganserschen Zügen. Im Vordergrunde pflegt aber ein in sich widersprechender, unmöglicher intellektueller Schwachsinn zu stehen. Fast stets besteht auch während der Psychose jene weitgehende Amnesie für die mit der Simulation im ursächlichen Zusammenhange stehenden Ereignisse (meist strafbare Handlungen), die sich nicht selten in ihrer maßlosen Übertreibung auf ganze Lebensperioden erstreckt und Grade erreicht, wie solche bei der wirklichen geistigen Erkrankung kaum jemals vorkommen. Überhaupt ist das Widerspruchsvolle, psychologisch Unmögliche, Inkonsequente für jede Simulation von Geistesstörung höchst charakteristisch. Unter den Inkonsequenzen ist die häufigste und psychologisch verständlichste die, daß sich die „Kranken", wenn sie sich nicht beobachtet glauben, anders benehmen als in Gegenwart des Arztes, und daß die psychopathologischen Züge bei einer Exploration exazerbieren, oder gar

erst in Erscheinung treten. Namentlich gilt das letztere für Sinnestäuschungen und Wahnideen, die spontan äußerst selten geäußert werden und erst beim Examen, durch Suggestivfragen provoziert, Erwähnung finden. Auch die so häufigen Klagen über Kopfschmerzen und Schwindelanwandlungen werden meist erst bei der Untersuchung vorgebracht. Ein weiterer charakteristischer Zug der Simulanten ist ihre Stellungnahme ihrer vorgemachten Geisteskrankheit gegenüber, indem die Mehrzahl der „Kranken" die Zumutung, geisteskrank zu sein, mit einer, ihrem sonstigen Verhalten durchaus nicht entsprechenden, an Entrüstung grenzenden Lebhaftigkeit und Eindringlichkeit zurückweist und das auch dann, wenn die tiefstgreifenden Intelligenzdefekte vorgetäuscht werden.

Ein Geständnis nach aufgegebener Simulation, die Geistesstörung simuliert zu haben, kommt nach meiner Erfahrung ungemein selten vor. Die vorher z. B. stuporösen Kranken erklären eines Tages bei der Visite, daß es ihnen besser gehe, geben Auskunft, schützen aber für die psychotische Zeit Amnesie vor. Sie wüßten nicht, wann und unter welchen Umständen sie ins Spital gekommen seien, erkundigen sich aber trotzdem niemals über diesen Punkt. Sie nehmen die Tatsache, sich plötzlich im Spital zu finden, als etwas Selbstverständliches hin und wundern sich gar nicht darüber. In der Folge werden sie freier, manchmal geht auch die Amnesie für die Straftat zurück, fast nie wird aber die Simulation als solche zugestanden, allerdings auch niemals die Echtheit der psychischen Erkrankung mit Nachdruck verteidigt. Meist reden sich die Kranken dahin aus, daß sie schon früher von Zeit zu Zeit solche Zustände durchgemacht hätten, in denen sie nichts von sich wußten. Diese Tatsache ist so konstant, daß nach meinem Dafürhalten in sehr vielen Fällen, in denen die „entlarvte" Simulation nachträglich vorbehaltlos zugestanden wird, sich um beginnende echte Psychosen handeln dürfte, vornehmlich um solche aus der Gruppe der Dementia praecox.

Fall 17. (Protrahierte Verwirrtheit.) B. J., Infanterist, 25 Jahre alt. Arbeiter, ledig, assentiert 1916. Aufgenommen 10./3., entlassen 28./5. 1917. Über das Vorleben des Mannes ist nichts Sicheres bekannt. Am 9./3. 1917 nach Geschlechtskrankheit geheilt, aus dem Spitale entlassen, rückte er nicht zu seinem Truppenkörper ein, sondern trieb sich in Graz herum. Am 10./3. zeigte er plötzlich in einem Gasthause Symptome einer Geistesstörung: er entkleidete sich auf dem Abort bis aufs Hemd, behauptete, daß seine Schwester hier sei und begann sie zu suchen und nach ihr zu rufen.



Bei der Aufnahme auf die hiesige Abteilung bot er das bekannte Bild der psychogenen Verwirrung: Augenrollen, wilder Blick, Vorbeireden. Bei der Morgenvisite des nächsten Tages in ängstlich rastlosem Zustande, schaut ängstlich um sich, reißt die Augen weit auf, zeigt übertriebene, theatralische Gebärden. Bekommt Chinin und wird auf die strenge Diät gestellt.

In den nächsten Tagen unverändert. Am 14./3. exploriert, bietet er folgendes Bild: Sich selbst überlassen, macht er ein dummes, erstauntes Gesicht, blickt neugierig um sich, stellt sich verwirrt. Angesprochen, beginnt er Unsinn zu reden, schaut zum Fenster hinaus und spricht: „Er bringt, er wird bringen meine Schuhe, er wird sie bringen.“ Gefragt, in was für einem Hause er sich hier befinde, sagt er: „Haus, mein Haus.“ Geht meist auf das Thema nicht ein, schwatzt, was ihm gerade einfällt.

16./3.: Hält sich ruhig. Glaubt er sich unbeobachtet, so unterhält er sich ruhig mit seinen Zimmerkameraden. Sobald aber der Arzt das Zimmer betritt, ändert er sofort sein Verhalten, beginnt irre zu reden, spricht von seiner Schwester, von Kartoffeln und Fisolen, alles durcheinander, ohne sich im geringsten um die Fragen des Arztes zu kümmern. Dabei schimmert das Gemachte und Gekünstelte seines Verhaltens überall durch und man merkt dem Kranken die gespannte Aufmerksamkeit und die Willensanspannung an, konsequent in seiner Rolle zu bleiben. Katatone Symptome sind nicht nachweisbar, dafür übertriebene Mimik und Gebärden. Tritt man an sein Bett und fragt ihn nach seinem Befinden, so gibt er ohne das geringste Zögern, wie ein völlig Normaler, die Antwort: „sehr gut,“ beginnt aber unmittelbar darauf mit seinem Gefasel, welches desto hastiger wird, je mehr man ihn unterbricht. Da ihm offenbar nichts einfällt, so wiederholt er auf der Höhe seines Rededranges immer dieselben Worte: „er wird mir bringen Kartoffeln, Fisolen, Fisolen, Kartoffeln, Fisolen, Kartoffeln, wird bringen, wird bringen“ usw., ohne sich vom Arzt im geringsten darin stören zu lassen. Sucht man ihn zu unterbrechen, so wird seine Stimme immer lauter und wird schließlich kreischend.

Bekommt Apomorphin, wird auf strenger Diät gehalten.

17./3.: Wegen rezidivierender Gonorrhöe auf die dermatologische Abteilung verlegt.

21./5.: Vom Tripper geheilt zurückverlegt. Hatte sich auf der Geschlechtskranken-Abteilung ruhig verhalten, fiel psychisch nicht sonderlich auf. Erklärt hier, sich nicht zu erinnern, jemals schon da gewesen zu sein. Stellt in Abrede, schon einmal aus der VI. Abteilung entlassen worden zu sein. Stellt sich unwissend, gibt das gegenwärtige Datum mit März 1916 an, erklärt, nicht zu wissen, bei welchem Regiment er eingeteilt ist, gibt sein Geburtsjahr erst nach längerem Nachdenken um ein Jahr falsch an. Sei seit 1915, seit einem Jahr, beim Militär. Auf Vorhalt, wieso er nicht wisse, welchem Regiment er angehöre, redet er sich dahin aus, daß er die meiste Zeit im Spital gewesen. Benimmt sich im übrigen durchaus geordnet und unauffällig, spricht glatt und mit einer gewissen Schlagfertigkeit, wird, wenn man ihm zusetzt, gereizt und antwortet mit erhobener Stimme.



Wird anmaßend und frech, blickt trotzig den Arzt an und rollt mit den Augen. Gefragt, wann der Krieg angefangen habe, erklärt er, das nicht genau zu wissen, auch wisse er nicht, mit welchen Staaten wir im Kriege stehen: „er führe keinen Krieg, er habe keine Feinde." Bekommt Apomorphin. Wird auf strenger Diät gehalten. Am 23. Mai lenkt er ein. Erklärt, es gehe ihm besser. Gibt das Datum richtig an, weiß, bei welchem Regiment er dient, gibt willig und geordnet Auskunft. Habe vor sechs Jahren einen Schlag auf den Kopf bekommen, sei seit der Zeit sehr vergeßlich. Habe fortwährend Kopfschmerzen. Habe keine Schule besucht und wisse selbst nicht, wie oft er vorbestraft sei. Zuletzt mit drei Jahren wegen Totschlags.

Während der vorstehende Fall als ein klassisches Beispiel der protrahierten Verwirrtheit der Simulanten sowohl bezüglich ihrer Ätiologie, ihres Beginnes, Verlaufes und Ausganges als auch bezüglich ihrer speziellen Symptomalogie gelten kann, führt uns der nachstehende zu der bereits besprochenen Gruppe der Demenzzustände über.

Fall 18. (Protrahierte Verwirrtheit mit Schwachsinn.) I. J., Infanterist, 30 Jahre alt, verheirateter Heizer, assentiert 1917. Aufgenommen am 27./3., entlassen am 4./4. 1918. I. wurde am 16. April 1918 als Deserteur zu seinem Truppenkörper eingebracht. Nun stellte er sich schwachsinnig-naiv, verlangte von dem ihn untersuchenden Arzt eine Zigarette, klopfte ihm vertraulich auf die Schulter, erklärte jedoch, nicht zu wissen, wo er sich befinde. Klagt über Kopfschmerzen und Verwirrtheit, was er auf den Umstand zurückführt, daß er sich seinerzeit beim Durchstoßen eines Fensters mit dem Kopfe verletzt habe. Tatsächlich ist über der linken Stirnseite eine blasse Narbe sichtbar, bei deren Berührung er in übertriebener Weise zusammenzuckt. Auch sonst benahm er sich sehr aufgeregt und laut, wobei man den Eindruck gewann, daß er jede Bewegung absichtlich übertreibe. Über seine Personalien gab er zunächst prompte Antworten, faßte sich dann plötzlich theatralisch an den Kopf und meinte: „Ja, wenn ich mich an alles erinnern könnte, wäre ich gesund im Kopf!" Bei der körperlichen Untersuchung zeigte er übertriebene Hyperalgesie, bezeichnete das Beklopfen der Patella als äußerst schmerzhaft, behauptete, bei der Lungenuntersuchung den Atem nicht zurückhalten zu können, atmete forciert.

Bei der Aufnahme auf die hiesige Abteilung ungemein anmaßend, renitent und frech, gestikuliert ungeniert mit den Händen, spricht mit kreischender Stimme, gibt sich ganz unmilitärisch, blickt den Arzt herausfordernd an und erklärt spontan, mit dem Zeigefinger auf seine Stirne deutend, daß er nicht recht im Kopfe sei. Wird, zur Ordnung gewiesen, unmutig, brummt vor sich hin, kehrt dem Arzt den Rücken und schaut sich affenartig die Zimmergegenstände an.

Im Bad gerät er mit dem Pfleger in Streit, wird alsbald aggressiv, beginnt, als der Arzt erscheint, Theater zu spielen, schreit, brüllt, schließt die Augen, streckt die Arme vor sich hin aus, wirft den Kopf in den Nacken, macht, als sollte er jeden Augenblick von einem Anfall erfaßt zu Boden sinken. Auf Zuspruch nimmt die Erregung und die theatralischen Gebärden



zu, eine Auskunft ist von dem „Kranken" überhaupt nicht mehr zu bekommen. Unter die kalte Dusche gesetzt, wehrt er sich auf das heftigste, beißt und kratzt und spuckt und schreit: „Mamma mia, mamma mia." Stellt sich dann ohnmächtig, und bleibt regungslos liegen.

In den nächsten Tagen etwas freier, hält sich ruhig, liegt zu Bett, gibt aber nur widerwillig und sehr spärlich Auskunft. Macht ein finsteres Gesicht.

Am 2./5. einer Exploration unterzogen, sitzt er regungslos, den Oberkörper stark nach vornüber geneigt, den Kopf auf die Brust gesenkt, den Blick starr auf den Boden gerichtet, da. Ab und zu läßt er einen schnellen Blick verstohlen unter der Stirne durch das Zimmer schweifen. Kümmert sich scheinbar nicht um seine Umgebung. Nach dem gegenwärtigen Datum gefragt, hebt er langsam den Kopf, streicht mit der Hand über die Stirne, denkt nach und sagt dann: „Jänner 1917." Auf den schönen Maientag aufmerksam gemacht, schaut er eine Zeitlang durchs Fenster und schweigt. Auf die Frage nach seinem Geburtsjahr denkt er lange Zeit nach, blickt dabei wie sinnend auf den Boden und sagt dann: „96 oder 97." Sei 30 Jahre alt. Hier befinde er sich in einem Hospital in Triest, sei vor vier Wochen aus L. hieher gekommen, habe hier Geschäfte gemacht. Auf den Einwand, daß er doch Soldat sei, stellt er sich verwundert, fragt: „Was für ein Militär, was für eine Kompagnie?" Gibt aber schließlich doch zu, seit 1917 beim Militär zu sein. Beim eindringlicheren Befragen stellt er sich wieder ganz verwirrt, wirft alles durcheinander, will sich an nichts erinnern, braust zwischendurch schwächlich auf. Auf die Frage, ob er denn krank sei, verneint er das, erklärt, sich ganz wohl zu fühlen, auch im Kopf. Gibt sich, als man ihm sagt, daß sein Benehmen auf eine Geisteskrankheit schließen lasse, aufgebracht, blickt den Arzt finster an und erklärt laut und eindringlich, vollständig geistesgesund zu sein.

Eine Intelligenzprüfung ergibt folgende Resultate: Der Mann kann lesen und schreiben. Hat angeblich zwei Volksschulklassen besucht. Er rechnet $2 + 2 = 5$, $2 \times 2 = 3$. Das Jahr habe zehn Monate, diese heißen: Januar, Oktober, September, Juli und Januar. Die Woche habe sechs Tage. und zwar: Montag, Samstag und Dienstag. Das Jahr habe zwei Jahreszeiten: Sommer und Winter, kalt und warm.

Die Mannschaftschargen sind: Infanterist, Feldwebel und Leutnant. Drei ihm vorgesagte einstellige Zahlen kann er unmittelbar nach dem Hören nicht wieder sagen, obwohl er den Sinn der Fragestellung sofort erfaßt. Er reproduziert 2, 8, 6 mit 5, 2, 8; 0, 7, 3 mit 3, 5, 0.

Körperlicher Befund: Degenerierter Gesichtsausdruck. Stirne etwas niedrig. Reflexe bei starken aktiven Spannungen lebhaft. Rachenreflex vorhanden. Pupillen und die übrigen Hirnnerven intakt. Die Stirnnarbe kaum sichtbar, blaß, bei Druck darauf keine Pupillenerweiterung bei lebhaften Schmerzreaktionen.

Tobsuchtsanfälle.

Der gemachte Tobsuchtsanfall, der sogenannte „Wirbel", ist die Simulationsform der impulsiven, ethisch defekten, gewalttätigen



Psychopathen. Affektiv labile, zu hysterisch gefärbten Erregungszuständen und brutalen Roheitsakten neigende Dégénérés der Großstädte und der südlichen Klimate sind seine Akteure. Er erwächst auf eminent degenerativem Boden und hat innige Beziehungen zu den echten pathologischen Erregungszuständen, wie solche beispielsweise beim chronischen Alkoholismus, in Rauschzuständen und bei epileptischer Degeneration vorkommen. In noch viel höherem Grade als bei den Verwirrtheitszuständen gibt es fließende Übergänge zwischen echten und bewußt aggravierten tobsüchtigen Erregungsausbrüchen und wohl nur in Ausnahmsfällen ist der Tobsuchtsanfall in allen seinen Phasen vorgetäuscht. Wie ferner in jeder Pseudoverwirrtheit bis zu einem gewissen Grade eine Spur vom echten „Ganser" zu stecken pflegt, so gilt das in noch viel größerem Maße von der echten Erregung bezüglich des Tobsuchtsanfalles. Streng genommen ist der Wirbel kaum einmal simuliert, in allen übrigen Fällen vielmehr nur aggraviert. Wo sich die Aggravation der Simulation nähert, dort verwischt sich das klinische Bild und die tobsüchtige Erregung nimmt Züge der harmloseren Verwirrtheit an. In den meisten Fällen ist der Wirbel die unmittelbare Folge einer echten zornmütigen Erregung als Schuld, und stellt sich dementsprechend als „Flucht in die Krankheit durch Überbietung" dar. Er hat nicht den Zweck, einer Dauersituation ein Ende zu setzen oder ein bereits zeitlich abgelaufenes Geschehen zu entschuldigen, sondern es liegt ihm der Wunsch zugrunde, sich selbst als Verschulden unmöglich zu machen und durch die bewußte Steigerung ins Exzessive und Groteske ad absurdum zu führen. Darum ist die Maßlosigkeit sein charakteristischer Grundzug, der Drang nach Erreichung äußerer Effekte seine bezeichnende Eigentümlichkeit. Während sich eine echte manische Erregung, z. B. in motorischen Entladungen ganz gleich welcher Art: im ruhelosen Bewegungstrieb, in aufgegriffenen und gleich wieder fallen gelassenen Handlungen, in lebhaften Gestikulationen, im Rededrang, im Geschrei und Gejohle, ohne jede Rücksicht auf einen Effekt erschöpft, ist der „Wirbel" von vornherein auf Zerstörung und Vernichtung, auf persönlichen Angriff und auf Zufügen von Sachschaden gerichtet. Was ihn auszeichnet, ist somit das in bezug auf einen Zweck folgerichtige Handeln, das Wüten. Diese Folgerichtigkeit ist es wohl auch, die dem „Wirbel" den Stempel des Gemachten, Unechten, das auch von Laien als solches empfunden wird, aufdrückt.



Am meisten Ähnlichkeit hat er noch mit Rauschhandlungen und mit Affektausbrüchen degenerierter Epileptiker. Seine Unterscheidung von diesen Zuständen ist oft nur durch Ausschließung der betreffenden ätiologischen Faktoren möglich. Vom epileptischen Erregungszustand unterscheidet er sich außerdem noch dadurch, daß er weniger brutal und sozusagen elektiv verfährt, gewisse Grenzen einhält und von eigentlichen verderblichen Bluttaten zurückschreckt. Auch schimmert stets ein theatralischer, posenhafter Zug mehr oder minder durch.

Die Laien pflegen bei der Schilderung dieser Zustände vom stieren Blick, vom Mundschaum, von mehr oder minder heftigem Zittern, von enormer Kraftentwicklung, von Zähneknirschen und gelegentlichen Krämpfen zu berichten. Unerfahrene Mediziner stellen lichtstarre Pupillen und fehlende Kornealreflexe fest. Die Dauer des Anfalles wird von den Augenzeugen meist überschätzt. Die Dauer des „Wirbels" ist, der großen Energieausgabe entsprechend, nur nach Viertelstunden bemessen. Dauert er längere Zeit, so ist er stets von Ruhepausen unterbrochen und die Exazerbationen knüpfen meist auf äußere Einwirkungen (Explorationsversuche und dgl.) an. Seinen definitiven Abschluß bildet ein mehr oder minder echter Schlaf.

Ein charakteristisches Beispiel eines Wirbels mit Nachspiel ist folgender

Fall 19. (Tobsuchtsanfall mit retrograder Amnesie.) B. A., Infanterist. 33 Jahre alt, ledig, Fleischhauer, assentiert 1915. Aufgenommen 7./1., entlassen 18./1. 1918. B. ist schlecht beleumundet, er gilt als gewalttätig und fremdem Eigentum gefährlich. Er ist wiederholt wegen Diebstahls mit Arrest- und Kerkerstrafen und einmal wegen öffentlicher Gewalttätigkeit mit drei Monaten schweren Kerkers vorbestraft. Er soll schon als Kind nervös gewesen sein, lernte in der Schule wenig, schwänzte den Unterricht, lief später von der Arbeit davon, hielt nirgends lange aus und wechselte fortwährend seine Arbeitsplätze. Soll nachts an somnambulen Zuständen (Sprechen im Traum, Verlassen des Bettes usw.) gelitten haben. Seine Mutter bezeichnet ihn für beschränkt.

Beim Militär machte er sich wiederholt der eigenmächtigen Entfernung schuldig, trieb sich herum, geriet einmal als Deserteur in einem Wirtshaus mit Zivilisten in Streit und wurde arg verprügelt. Als eingebrachter Deserteur verantwortete er sich einmal damit, daß er sich habe auf eigene Faust einen mehrwöchigen Urlaub verschaffen wollen, ein anderesmal schützte er schlechte Verpflegung vor, immer aber gab er sein Vergehen ohne weiteres zu, und erinnerte sich an alle Einzelheiten seiner Delikte. Im Februar 1917 wegen Subordinationsverletzung zu 18 Monaten Kerkers verurteilt.

Am 26./9. 1917 wurde er wegen Geschlechtskrankheit in ein Spital



in Graz aufgenommen. Dort trug er ein freches, renitentes Benehmen zur Schau, verließ eigenmächtig die Abteilung und ohrfeigte in rohester Weise den Pfleger, der die Meldung über sein Fehlen erstattet hatte.

Am 31./10. 1917 bei der ärztlichen Visite in der entsprechenden Reihenfolge aufgerufen, meldete er sich nicht und erschien erst, als die Kameraden wiederholt laut seinen Namen gerufen hatten, mit je einem Uringlas in jeder Hand, wie üblich, vor dem Sanitätsleutnant. Von diesem zur Rede gestellt, schwieg er, zur Antwort verhalten, erhob er das eine Uringlas und schleuderte es dem Sanitätsleutnant ins Gesicht. Unmittelbar darauf klirrte auch das zweite Uringlas am Boden, und B. ging zum Angriff über. Vom Unteroffizier daran gehindert, wendete er sich gegen diesen, besann sich jedoch, sprang zwischen die Betten, riß von diesen das Bettzeug, ergriff eine Bank, pochte damit auf die Türe, wurde gefaßt und mit Mühe überwältigt. Man fesselte ihn mit Leintüchern, wobei er sich mit aller Kraft wehrte. Er wurde in die Wäschekammer gebracht, wo er nach einer kurzen Ruhepause zu fluchen begann.

Auf die Mannschaft, die Zeuge des Vorfalles gewesen, machte er nicht den Eindruck eines unzurechnungsfähigen Menschen, vielmehr eines solchen, der einen Tobsuchtsanfall markiert. Am Tage vorher soll er geäußert haben, daß er, falls er nicht aus der Präventivhaft entlassen, er alles demolieren werde. Nach diesem Exzeß in Präventivhaft gesetzt, war er ganz außer sich, suchte mit einem Bretterstück jeden Eintretenden zu schlagen, und es mußte die ganze Wache zugreifen, um ihn zu bändigen und ihm die Zwangsjacke anzulegen.

Am 16./11. gerichtlich vernommen, erklärte er, nicht zu wissen, warum er sich im Garnisonsarrest befinde. „Ich bin unschuldig" — so führte er aus — „und mir nicht bewußt, Exzesse begangen oder überhaupt jemanden geschlagen oder überfallen zu haben. Den Sanitätsleutnant kenne ich nicht. Von dem ganzen Vorfall weiß ich nichts. Ich erinnere mich nur, daß ich in den letzten Tagen Kopfschmerzen hatte. Ich leide nämlich von Kindheit auf an heftigen Kopfschmerzen, die stundenlang und manchmal den ganzen Tag dauern. Wenn ich von diesen Schmerzen überfallen werde, dann weiß ich nicht, was ich tue: es wird mir trüb vor den Augen und ich verliere die Besinnung. In ärztlicher Behandlung stand ich jedoch nicht." „Infolge der heftigen Kopfschmerzen, an denen ich besonders in den letzten Tagen leide, kann ich mich nicht im geringsten erinnern, ob, wo und wann ich Verwüstungen oder boshafte Beschädigungen begangen habe. Ich erinnere mich insbesondere nicht, daß ich in Einzelhaft eines Spitals war."

Hiesiger Befund. Verhielt sich dauernd ruhig und geordnet, zeigte sich aber Explorationsversuchen gegenüber etwas ablehnend, kurzerhand erklärend, nicht zu wissen, weswegen er in Haft gesetzt worden sei. Örtlich und zeitlich war er stets gut orientiert. Bei der Exploration gab er an: Als Kind gesund, besuchte sechs Jahre die Schule, kam aber nicht über die erste Klasse, erlernte nur wenig lesen und schreiben. Wurde später Fleischhauer, arbeitete aber nur wenig in diesem Beruf. Trank immer gern Wein und war oft betrunken. Mit 13 Jahren erlitt er seine erste Gerichtsstrafe

wegen Diebstahls. Seit seiner Kindheit leide er an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelanwandlungen (giramenti). Zeitweise werde er ganz verwirrt im Kopf, laufe dann planlos davon, bis er oft an einem ganz fremden Ort wieder zu sich komme. In einem solchen Zustande habe er sich auch von seiner Kompagnie entfernt, ohne zu wissen, wie und warum. Erst später sei er wieder zu sich gekommen, habe aber Angst vor Strafe gehabt und habe sich nicht getraut, sich selbst zu stellen. Das sei nur ein einzigesmal vorgekommen.

Im August 1917 sei er wegen Tripper in ein Spital gekommen und etwa 14 Tage dort verblieben. Was dort geschehen, warum und unter welchen Umständen er von dort weggekommen, wohin er überstellt worden, das wisse er alles nicht. Er wisse auch nicht, wo er vor seiner Überstellung auf die hiesige Abteilung sich aufgehalten habe. Eines Tages sei er plötzlich in einer kleinen Kammer zu sich gekommen. Wo diese Kammer gelegen sei, wisse er nicht. Möglicherweise sei es in einem Arrest gewesen. Doch habe er keine Ahnung, wessen man ihn beschuldige. Er sei darüber nie verhört worden, man habe nie ein Protokoll mit ihm aufgenommen, er habe nie ein solches unterschrieben, auch sei er sich keiner Schuld bewußt. Seit seiner Einrückung zum Militär habe er nie welche Anstände gehabt, sei nie verhandelt, nie verurteilt worden, habe niemals in einem Wirtshaus Streit mit Zivilisten gehabt, sei nie verprügelt worden, nie deswegen im Krankenhause gewesen. Er habe sich nur einmal im krankhaften Zustande eigenmächtig von seinem Truppenkörper entfernt.

Als dem Beschuldigten sein Gerichtsakt vorgelegt wird, stutzt er einen Augenblick, faßt sich dann aber rasch und erklärt in größter Seelenruhe, die Unterschrift auf dem Protokoll rühre nicht von seiner Hand, er habe nie etwas unterschrieben, sei überhaupt niemals vernommen worden. Bestreitet, zu 18 Monaten Kerkers verurteilt worden zu sein.

Dabei benimmt er sich durchaus geordnet, bekundet eine gute Auffassung und ungestörte Aufmerksamkeit, gibt sinn- und sachgemäße Antworten und benimmt sich nach außen korrekt und unauffällig.

Somatisch: Groß, etwas hochrückig, von lässiger Haltung. Gesichtszüge derb. Pupillen reagieren, Augenbewegungen frei. Gesichtsinnervation symmetrisch, Zunge o. B. Rachenreflexe vorhanden, Sehnenreflexe in normaler Stärke auslösbar. Herzaktion während der Untersuchung beschleunigt. In der Folge blieb der Mann unverändert bei seiner Verantwortung.

Die Tatsache, daß der „Wirbel" fast ausnahmslos an eine echte Erregung anknüpft und dann, diese ins Maßlose übertreibend, pathologische Züge annimmt, ferner die Tatsache, daß dem Exzeß in der Regel eine komplette Amnesie auf dem Fuße folgt, und daß in vielen diesbezüglichen Fällen der Alkohol — wenn auch oft in nur geringen Mengen — eine Rolle spielt, erschwert naturgemäß im hohen Grade die forensische Beurteilung solcher Fälle. Die Schilderung der Augenzeugen ist in den meisten Fällen differential-

diagnostisch nicht zu verwerten, denn nichts ist leichter, als eine physiologische zornmütige Erregung bewußt zu übertreiben und dabei doch den Eindruck der Echtheit zu wahren. Und nichts ist näherliegend als nachher zu erklären, sich an nichts zu erinnern. Wenn man ferner erwägt, daß man es in den allermeisten diesbezüglichen Fällen mit ausgesprochenen Psychopathen, von jeher affektlabilen, hysteroid veranlagten, sozial und ethisch minderwertigen Menschen zu tun hat, die zu pathologischen Erregungszuständen nicht minder als zu absichtlichen „Wirbeln“ und simulativen Exzessen neigen, und wenn man dabei die eminent praktische Wichtigkeit einer sicheren forensisch-psychiatrischen Beurteilung solcher Fälle im Auge behält, so wird man zugeben, daß ein sicheres differential-diagnostisches Kriterium zwischen echten pathologischen Erregungszuständen und gemachten Tobsuchtsanfällen dringend von nöten ist. Aus dem Tobsuchtsanfall selbst ist ein solches wohl nur in einzelnen Fällen zu schöpfen, denn die „Wirbelmacher“ kommen in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle erst post festum in psychiatrische Beobachtung und selten liegen ausreichende Schilderung des zu begutachtenden Ausnahmszustandes vor. Eine um so größere Bedeutung gewinnt unter solchen Umständen die nachträgliche Stellungnahme des „Kranken“ dem zweifelhaften psychopathologischen Geschehen gegenüber.

Die Unechtheit eines psychogen anmutenden Ausnahmszustandes — und dasselbe gilt natürlich in noch viel größerem Maße von den zweifelhaften organisch oder sonst psychotisch bedingten, — wird, wie das bereits oben ausgeführt worden, durch nichts sicherer beleuchtet, als durch den Unglauben des Kranken selbst daran. Dieser Glaube, bzw. Unglaube wiederum findet bis zu einem gewissen Grade seinen einzig sicher kontrollierbaren Ausdruck in der Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit des „Kranken“ in bezug auf die fragliche krankhafte Erscheinung. Kann ich einen Kranken einer sicheren Täuschung im Rahmen einer mir noch unklaren psychopathologischen Tatsache überweisen, so habe ich dadurch den Beweis seiner Unehrlichkeit in bezug auf diese Tatsache erbracht.

Nach diesen Kriterien gewertet ist unser Fall (B.) klar. Man geht wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß der Mann sich durch sein unbändiges, jähzorniges und brutales Temperament hinreißen ließ, seinem Vorgesetzten das Uringlas ins Gesicht zu schleudern; seiner ganzen Vorgeschichte nach scheint er einer solchen Tat wohl fähig



zu sein. Was aber nachher folgte, war offenbar nur eine „Flucht in die Krankheit“. Die simulative Tendenz dieser „Flucht“ erhellt ohne weiteres aus dem späteren Verhalten des „Kranken“, aus seiner sicher unechten Erinnerungslosigkeit auch für die Ereignisse, die mit dem eigentlichen Tobsuchtsanfall in keinerlei Beziehungen standen und welche vor dem Exzeß nicht vorhanden war. Der Mann fühlte offenbar, daß die simulative Kraft seines „Wirbels“ allein nicht ausreiche, um ihn schuldlos zu machen und simulierte, in Beobachtung gesetzt, nun volle Geisteskrankheit in der Dauerform des gedächtnisschwachen Imbezillen. Glaubt aber der „Kranke“ selbst nicht an die Echtheit seines Tobsuchtsausbruches, so verstellt er sich, wenn er ihn für echt angesehen wissen möchte. Daß sein Erinnerungsvermögen für den Exzeß etwas getrübt sein mochte, soll nicht bezweifelt werden; die autosuggestive Kraft der motorischen Entladungen wird ja auch in diesem Falle eine psychische Verfassung gesetzt haben, die im wesentlichen jener der echten Erregungszustände entspricht. Es ist ja eine bekannte und anerkannte Tatsache, daß durch willkürliche imitative Ausdrucksbewegungen eines Affektes der Affekt selbst wachgerufen werden kann, der seinerseits wiederum Einfluß auf jene ursprünglich willkürlichen Ausdrucksbewegungen ausübt. Allerdings hat ein auf diesem Wege ins Leben gerufener Affekt — weil ihm eben ein wirklicher Inhalt abgeht — stets eine eigentümlich verschwommene Färbung, einen Unterton von Unechtheit und Leerheit an sich, die subjektiv stets als solche empfunden werden und ihm nie jene hinreißende Gewalt über den Betreffenden erlangen lassen, wie das bei den echten natürlichen oder pathologischen Affektentladungen der Fall ist. Auch in den heftigsten künstlich erzeugten Erregungszuständen flackert ein leises Bewußtsein, daß man trotz allen wüsten Gebarens und Wütens doch nur Komödie spielt.

In die gleiche Gruppe gehört der nachstehende Fall:

Fall 20. (Tobsuchtsanfälle mit amnestischem Schwachsinn.) V. A., Infanterist, 31 Jahre alt, ledig, Schiffskellner, assentiert 1916. Aufgenommen 30./4., entwichen am 6./5. 1918. V. genießt einen ungemein schlechten Leumund. Er gilt als ein äußerst gefährlicher Diebsbandenführer, der nie einer ehrlichen Beschäftigung nachgegangen ist. Er ist wiederholt wegen Handlungen gegen die körperliche Sicherheit und wegen Diebstahls mit Strafen von 3 bis 8 Monaten Kerker vorbestraft. Von seinen militärischen Vorgesetzten wird er als ein nachlässiger, unverläßlicher Taugenichts geschildert, der sich bereits einige Male der eigenmächtigen Entfernung schuldig

gemacht und deswegen eine viermonatige Kerkerstrafe nach der Demobilisierung abzusitzen hat.

Gelegentlich eines Truppentransportes verließ er im April 1917 eigenmächtig seine Truppe und meldete sich erst am 23./6. bei der Kaserninspektion in T., wo mit ihm ein Protokoll aufgenommen wurde. Zwei Tage später verfiel er in „Tobsucht“ und mußte dem Zivilspital übergeben werden. Dort verbrachte er die erste Nacht unruhig, schlief wenig, war aber bereits am nächsten Morgen ganz ruhig, klar und nüchtern. An die Vorfälle, die seine Überführung ins Spital notwendig machten, wollte er sich nicht erinnern und behauptete, daß er seit seinem 13. Lebensjahr an derartigen Verwirrtheitszuständen leide. In weiterer Beobachtung bot er keine pathologischen Erscheinungen.

Am 7./7. seinem Kader überstellt, verlangte er dort in frecher und anmaßender Weise seine Verpflegsgelder und benützte die erste Gelegenheit, um sich aus dem Staube zu machen. Eine ausgeschickte Patrouille traf ihn kurze Zeit darauf auf der Straße und forderte ihn auf mitzugehen. Der Mann verweigerte aber in schroffer Weise den Gehorsam und erklärte, er habe mit der Patrouille nichts zu schaffen. Dann stürzte er sich auf einen der Soldaten und versetzte ihm zwei Stöße gegen den Kopf. Hierauf flüchtete er in eine Schneiderwerkstätte, von wo er bald wieder mit einem Sessel in der Hand erschien und sich, um sich schlagend, einen Weg zu bahnen versuchte. Er wurde überwältigt und in den Arrest gesetzt. Dort erlitt er einen „Nervenanfall“. Tags darauf erklärte er, sich an nichts zu erinnern und nicht zu wissen, was nach seiner Ankunft zum Kader passiert sei. Er sei erst im Arrest wieder zu sich gekommen.

Am 11./7. protokollarisch vernommen, gab er in durchaus geordneter Weise folgendes an:

„Ich bin am 20./6. 1916 zur aktiven Dienstleistung eingerückt und ging am 9./11. auf den nördlichen Kriegsschauplatz ab. Am 10./5 wurde die Kompagnie zwecks Weiterbeförderung auf eine mir unbekannte Bahnstation einwaggoniert und ich reiste 2 Tage mit. Am 2. Tage stieg ich auf einer Station aus und konnte nicht mehr die Kompagnie finden. Ich bestieg den erstbesten Zug in der Hoffnung, meine Truppe noch zu erreichen. Nach längerem Reisen kam ich nach O., von wo ich mich nach T. begab. Gemeldet habe ich mich nirgends weil ich nicht wußte, daß man das tun muß. In T. hatte ich keine ständige Wohnung, brachte die Nächte in Kaffeehäusern oder im Freien zu und lebte von den ersparten Geldern. Öfters ging ich auch in die Infanteriekaserne essen, wo mir die Menage ohneweiters ausgefolgt wurde. Was ich in dieser ganzen Zeit gemacht habe, weiß ich nicht. Eines Tages fand ich mich plötzlich im Krankenhause, ohne zu wissen, wie ich dorthin gekommen war. Auch weiß ich nicht, wie lange ich dort verblieben bin, nur an das kann ich mich erinnern, daß ich zu meinem Kader nach V. überstellt worden bin. Mir ist weder bekannt, daß ich mich vom Kader wieder entfernt, noch daß ich gegen jemanden Widerstand geleistet habe.“

Am 15./9. 1917 wurde V. auf die Luesabteilung eines Spitals in

Graz aufgenommen, aber bereits am 21./9. entfernte er sich eigenmächtig und kam nicht wieder. Am 4./10. abends brachte ihn die Sanitätskolonne auf die hiesige Abteilung. Er war in der Zwangsjacke und anscheinend vollkommen erschöpft. Die Bluse war ganz durchschwitzt. Er hielt die Augen geschlossen und reagierte auf keine Anrede. Entkleidet machte er einen schwächlichen Versuch, den Baderaum zu verlassen, ließ sich aber dann ruhig baden, gab sich ganz kraftlos und sank in der Badewanne in sich zusammen. Auf die Beine gestellt, ging er schleppenden, taumelnden Schrittes ins Bett. Schlief bald ein. Man fand bei ihm 370 K. Tagsdarauf war er klar, gab seine Personalien an, machte aber noch immer einen etwas gedrückten Eindruck und schien gehemmt. Er erklärte, vor 2 Tagen aus dem Spital entwichen zu sein, um seinen Bruder in M. zu besuchen. Da er diesen in M. nicht getroffen habe, sei er zurück nach Graz. Was dann vorgefallen, erinnere er sich nicht. Er entsinne sich nur, in einem Kaffeehaus gewesen zu sein und mit fremden Leuten Karten gespielt zu haben. Dann sei ein Streit entstanden... mehr erinnere er sich nicht. Er sei erst hier auf der Abteilung zu sich gekommen.... Über die Herkunft des Geldes befragt, erzählte er, daß er seine zwei goldenen Ringe und seine goldene Uhr verkauft habe.

Er leide an heftigen Kopfschmerzen und an vorübergehenden Verwirrtheitszuständen, sei deswegen schon in T. in Beobachtung gestanden. Gefragt, wieso er nach T. gekommen, berichtete er in etwas unklarer Weise, daß er sich gelegentlich eines Transportes verloren, einen falschen Zug bestiegen und irrtümlicherweise nach T. gekommen sei. Auf die große Distanz zwischen jener Station und T. aufmerksam gemacht, schweigt er. In T. habe er sich in der Kaserne gemeldet und sei dann dem Spital übergeben worden.

Da der Mann in der Folge keine psychotischen Züge mehr bot, wurde er als diensttauglich seinem Kader überstellt. Der Truppenarzt verfügte hingegen seine Abgabe ins Marodenzimmer zwecks Beobachtung auf Epilepsie. Nach 2 Tagen war aber V. aus dem Marodenzimmer verschwunden. Nun lief eine anonyme Anzeige gegen ihn beim Militärkommando ein, worin es hieß, daß er sich „gemütlich" in Graz aufhalte, die feinsten Kaffeehäuser und Restaurants besuche, im Hotel unter falschen Namen wohne und gefälschte Papiere mit sich führe. Er sei ein Meister der Heuchelei und prahle herum, daß ihm nichts passieren könne, da er im Falle einer Verhaftung den Geisteskranken spielen werde.

Er wurde verhaftet und einer Strafabteilung übergeben, von wo er jedoch alsbald wieder entwich. Schließlich wurde er Anfang März 1918 von der Sicherheitsbehörde gestellt und dem Garnisonsarrest eingeliefert. Er stand im Verdacht, Einbruchsdiebstähle begangen zu haben.

Am 27. 3. gerichtlich vernommen, erklärte er kurz:

„Ich weiß mich wohl zu erinnern, daß ich in Graz in einem Spital war, doch weiß ich nichts davon, daß und wohin ich aus dem Spitale entwichen wäre und vermag diesbezüglich nichts anzugeben." Bezüglich der Desertion im Oktober 1917 erklärte er: „Ich weiß mich wohl zu erinnern, daß ich



zuletzt wieder beim Kader in V. war, weiß aber nichts davon, daß ich auch von dort entwichen wäre. Mehr kann ich nicht angeben."

Bei diesem Verhöre benahm sich V. ganz apathisch und machte den Eindruck „eines durch seine Krankheit (Lues) geistig sehr beeinflußten Menschen". In der Folge wurde er immer apathischer und gab schließlich überhaupt keine Antworten mehr.

In hiesiger Beobachtung benahm er sich unauffällig und geordnet, gab bei den Visiten sinn- und sachgemäße Antworten, bekundete eine gute Aufmerksamkeit und ungestörte Auffassungsfähigkeit. Seinem ganzen Benehmen nach schien er stets über seine Lage im klaren zu sein.

Am 4./5. einer Exploration unterzogen, gab er zunächst ganz korrekt Auskunft: Er sei Schiffskellner, ledig, geboren 1887 in T. Infanterist des I.-R..... Im Juli 1916 eingerückt, sei er 9 Monate an der Front gewesen, dort an Cholera erkrankt, nach dreimonatigem Spitalsaufenthalte seinem Kader überstellt worden. Seit der Zeit befinde er sich ununterbrochen beim Kader in V. Auf die Frage, ob er inzwischen doch nicht vorübergehend zu Hause oder in einem Spitale oder sonstwo gewesen, verneint er das und erklärt dezidiert, er sei nach seiner Choleraerkrankung aus dem Spital direkt zum Kader geschickt worden und dort dauernd bis jetzt verblieben. Auf die weitere Frage, warum er sich nun in Haft befinde, bleibt er lange Zeit sinnend die Antwort schuldig, gibt aber dann, dazu gedrängt, an, es habe im Dezember irgend eine „baruffa" gegeben, wobei er verhaftet worden sei. Er entsinne sich der ganzen Geschichte nicht mehr genau, habe auch später nichts Genaueres darüber erfahren. Man habe ihn bisher nie verhört, niemals protokollarisch vernommen, er wisse nicht einmal, wessen man ihn eigentlich bes huluige.... Nun werden dem Mann seine Akten vorgelegt und ihm seine Unterschriften auf den Vernehmungsprotokollen gezeigt. Er wird momentan etwas verlegen, faßt sich aber rasch und erklärt in unverfrorenster Weise, die Unterschriften rühren nicht von seiner Hand. Nun bestreitet er rundweg alle Tatsachen des Gerichtsaktes: er sei niemals von seinem Truppenkörper entwichen, sei niemals in T., auch nicht im dortigen Spital gewesen, habe nie ein Spital eigenmächtig verlassen, habe während seines Militärdienstes keine Gerichtsverhandlung gehabt, sei im Zivil nur ein einzigesmal vorbestraft. Er sei eines Tages grundlos auf der Straße verhaftet und in den Arrest gesetzt worden. Nun sitze er seit 5 Monaten in Haft ohne zu wissen warum.

Eine kurze Intelligenzprüfung ergibt beim Beschuldigten folgende Resultate: Als das gegenwärtige Jahr gibt er 1917 oder 1919 an, auf die Frage nach der jetzigen Jahreszeit sagt er kurz „freddo", auf die weitere Frage nach der Zahl der Jahreszeiten sagt er „fünf", wie sie heißen, habe er vergessen. Das Jahr habe 12 Monate, und zwar: Januar, April, Juni, August und Dezember. Die Wochentage heißen: Montag, Dienstag und Samstag. Der Kaiser heiße Franz und wohne in Triest in einem großen „palazzo". Der Mann rechnet: $2 + 2 = 4$, $2 \times 2 = 3$, $3 + 4 = 7$, $3 \times 4 = 10$. Gefragt, wie viel Finger er auf beiden Händen habe, beginnt er sie zu zählen, wird aber, als man ihn auslacht, ganz rot vor Verlegenheit. Drei einstellige,



ihm langsam vorgesagte Zahlen reproduziert er unmittelbar darauf nach einigem Nachdenken falsch. Er reproduziert: 479 mit 279, 941 mit 496 Auf die Frage, ob er geisteskrank sei, versichert er auffallend lebhaft, daß er sich ganz wohl fühle.

Somatisch: Schmales, blasses Gesicht. Pupillen weit, reagieren auf Licht prompt. Hirnnerven intakt. Gaumen- und Rachenreflex vorhanden, leichte Dermographie, etwas Lidflattern, mäßig beschleunigte Herzaktion. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Sehnenreflexe der unteren Extremitäten gesteigert.

V. sollte am 7./5. als zurechnungsfähig und diensttauglich dem Garnisonsarrest überstellt werden, entwich aber tagsvorher abends aus der versperrten Abteilung durch ein zu weitmaschig vergittertes Fenster im bloßen Hemd unter Mitnahme einer ärarischen Bettdecke.

Wo sich der Unglaube des Kranken an die Echtheit seines eigenen Tobsuchtsanfalles in das Gewand des rückschreitenden Erinnerungsausfalles oder des einfachen Pseudoschwachsinns kleidet, liegen die Verhältnisse verhältnismäßig einfach. Nicht selten greift jedoch die simulative Tendenz tiefer und nimmt Formen an, die ihrerseits selbst erst auf ihre Echtheit gewertet werden müssen, bevor sie als Kriterium der Echtheit der initialen tobsüchtigen Erregung verwertet werden können. In solchen Fällen liegen die Verhältnisse insofern verwickelter, als man geneigt ist, in jener Summation der Zustände, je nachdem man sie vom soziologischen oder vom biologischen Standpunkte aus betrachtet, sowohl ein Kriterium ihrer Echtheit als auch ihrer Unechtheit zu erblicken. Die Rückfälligkeit eines Verbrechers erscheint ja meist dem Juristen als ein erschwerender, dem Psychiater als ein mildernder Umstand. Es hängt eben alles von der Wertung der Einzelzustände ab, wie man ihre Kombination beurteilt. Man kann sowohl sagen, daß zwei zweifelhafte Symptome den Zweifel erhöhen, als auch daß sie ihn verringern. In Wahrheit aber spricht — um auf unser Gebiet zurückzukommen — die Summation von zweifelhaften psychopathologischen Zuständen ebensowenig für ihre Echtheit wie für ihre Unechtheit oder umgekehrt. Erleidet ein Mensch einen Tobsuchtsanfall und bietet nachher hysteroide Verwirrtheitszustände, so ist, sofern bezüglich ihrer Echtheit beide zweifelhaft sind, die Tatsache ihrer Aufeinanderfolge allein so gut ein Beweis der schweren Psychopathie des betreffenden Menschen, wenn die Zustände als echt, wie für seine Verschlagenheit, wenn sie als unecht angesprochen werden können. Das Kriterium ihrer Echtheit, bzw. ihrer Unechtheit liegt aber nicht im mindesten in ihrer Kombination, sondern außerhalb dieser und muß für jede Komponente



einzeln gesucht werden. Es geht nicht an, aus einem zweifelhaften psychopathologischen Geschehen auf die Echtheit eines anderen, ebenfalls zweifelhaften zu schließen, wie das bei den Ärzten, und man darf auch umgekehrt daraus nicht den Schluß auf die Unechtheit ziehen, wie das bei Laien so häufig geschieht. Das gilt natürlich nur insolange, als beide Zustände im wahren Sinne des Wortes zweifelhaft sind. Ist einer der Zustände nicht nur zweifelhaft, sondern auch unwahrscheinlich, so sinkt damit von selbst auch die Wahrscheinlichkeit des anderen. Durch die gelungene Wertung des einen wird eo ipso gleichzeitig der andere bis zu einem gewissen Grade in seinem Werte bestimmt.

Fall 21. (Tobsuchtsanfall mit nachfolgender Verwirrtheit.) D. L., Sapeur, 24 Jahre alt, ledig, Arbeiter, assentiert 1916. Aufgenommen 26./1., entlassen 7./2. 1918. Objektive Anamnese fehlt. Am 5. 9. 1917 von seinem Vorgesetzten, einem Zugsführer, aufgefordert mit anderen Sappeuren Wasser für die Küche zu holen, weigerte sich D. dies zu tun, fing zu streiten an und griff nach einem Gewehr, welches ihm jedoch der Zugsführer wieder abnahm. Von diesem bei den Handgelenken gefaßt, biß ihn D. in den Arm, riß sich los, warf Tische und Bänke um und griff wieder nach einem Gewehr, worauf die Anwesenden aus der Ubikation flüchteten. Im Laufen warf er dann das Gewehr weg und ergriff einen Stutzen, welcher ihm von einem Korporal abgenommen wurde. Der hinzugekommene Feldwebel gab daraufhin den Befehl, den Mann in den Arrest zu setzen. Als D. das hörte, schrie er: Was? Bereitschaft?, Arrest?, nahm abermals einen Stutzen und ging damit auf den Feldwebel los. Dieser ergriff seinerseits auch ein Gewehr, worauf jener stehen blieb und gefesselt wurde.

Am 10./11. 1917 gerichtlich vernommen, erklärte er, sich an den ganzen Vorfall nicht im geringsten zu erinnern. Er leide an starken nervösen Störungen mit Anfällen mit nachfolgender Erinnerungslosigkeit. Als Kind und in seiner späteren Jugend habe er an Epilepsie gelitten. Er sei wegen seines Leidens wiederholt in Spitälern und einmal deswegen superarbitriert gewesen.

Er wurde zwecks Begutachtung seines Geisteszustandes am 26./1. 1918 auf die hiesige Abteilung überstellt.

Bei der Aufnahme ruhig, gibt sich aber sehr lässig, findet nicht der Mühe wert, auf Fragen eine Antwort zu geben. Erklärt widerwillig, nicht zu wissen, warum man ihn hieher überstellt habe. Er diene seit 2 Jahren als Sappeur, wo er jedoch in dieser Zeit überall gewesen, wisse er nicht.

Exploration am 27./1. 1918: Sitzt steif da, starrt vor sich hin, kümmert sich nicht im geringsten um seine Umgebung. Hält die Hände in den Manteltaschen. Macht ein finsteres, mißmutiges Gesicht. Nach seinem Namen gefragt, beginnt er irgend etwas von einer „Karosse“ zu erzählen, ohne den Arzt dabei anzublicken. Energisch zur Ordnung verhalten, bequemt er sich und nennt seinen Namen. Sei 22 Jahre alt, im Jahre 1894 geboren, Sohn eines Fabriksarbeiters. Drei Brüder seien Soldaten, zwei Schwestern leben

zu Hause. Auf die Frage, wie lange er die Schule besucht habe, will er nicht recht mit der Sprache heraus, sagt, er sei 13 Jahre in der Schule gewesen, habe mit dem fünften Lebensjahre angefangen, dann wieder spricht er etwas von 26 Jahren und erklärt schließlich, für solche Sachen nie ein gutes Gedächtnis gehabt zu haben. Er sei in einer „Karosse" nach P. gekommen und dort bei den Sappeuren „abgesetzt" worden. Jetzt schreiben wir 1919, November oder Dezember. Hier befinde er sich in einem Spital in Graz. Er sei gestern in einer „Karosse" hieher gebracht worden. Diese hatte große Räder, aber keine Pferde vorgespannt, möglicherweise sei es ein Eisenbahnwagen gewesen. Er habe ein sehr schlechtes Gedächtnis und könne sich solche Sachen nicht merken. Irgend einer Schuld sei er sich nicht bewußt, er habe nichts gemacht.

Er sei nie verhört worden und befinde sich nicht in gerichtlicher Untersuchung. Er könne nur wenig lesen und schreiben und gar nicht rechnen. Bei der Probe rechnet er: $1 + 3 = 6$, $2 + 2 = 5$, $1 + 1 = 5$. Das Jahr habe 10 Monate, wie die heißen, wisse er nicht, wenn er was wissen wolle, schaue er auf die Menagekarte, dort stehe jeder Monat extra vermerkt. Die Wochentage heißen: Montag, Mittwoch, Freitag, Samstag und Sonntag. Die übrigen wisse er nicht, wenn er sie brauche, so frage er seine Kameraden. Will von einer Taschenuhr nicht die Zeit ablesen können, liest die Ziffern falsch ab, liest 5 für 6, 6 für 7 usw. Aus einem Bilderbuch benennt er die einzelnen Gegenstände verkehrt: nennt einen Hammer Trompete, eine Trompete hingegen nennt er Hammer. Eine Schere bezeichnet er für eine Violine, die Violine für eine Schere. Er nennt immer den Namen des daneben abgebildeten Gegenstandes. Dasselbe tut er beim Vorzeigen realer Gegenstände. Einen Schlüssel nennt er Eisen und erklärt auf die Aufforderung, was man damit mache, es sei für die „Karosse" dort. Dabei deutet er mit dem Finger auf die Zimmertür.

Wegen seiner dummen Antworten ausgelacht, beginnt er aufs lebhafteste zu versichern, daß er immer Kopfschmerzen habe und schwach vom Gedächtnis sei. Störungen seitens der Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit sind nicht nachweisbar.

28. Januar 1918: Ist ganz verwirrt, faselt unsinniges Zeug, spricht fortgesetzt von der „Karosse" in hastiger, sich überstürzender Weise, ist nicht fixierbar, nicht ansprechbar. Gestikuliert in übertriebener, theatralischer Art. Bekommt Apomorphin.

31. Januar 1918: Unverändert, spricht angeredet immerzu von der Karosse. In Ruhe gelassen, liegt er im Bett, die Bettdecke über den Kopf gezogen. Nach der Apomorphininjektion liebt er mit der Zunge zu schnalzen, wie das Kutscher zu tun pflegen, um ihre Pferde anzufeuern. Wird auf strenger Diät gehalten.

2. Februar: Unverändert, verwirrt, nicht ansprechbar. Bekommt Apomorphin. Es wird ihm eindringlich zugeredet, vernünftig zu werden, da sonst die Behandlung auch wochenlang fortgesetzt werde.

3. Februar 1918: Lenkt ein. Erklärt bei der Morgenvisite, es gehe ihm besser, spricht zusammenhängend, gibt Auskunft, weiß, wo er sich be-



findet und gibt das Datum ungefähr richtig an. Gibt an, vor einigen Monaten eine Affaire mit einem Zugsführer gehabt zu haben. Dieser hätte ihn bei der Brust gepackt und heftig hin und her gerüttelt. In seiner Angst habe er (der „Kranke") nach einem Gewehr gegriffen, worauf ein Durcheinander entstanden sei. Er sei sehr nervös und reizbar und wisse in der Aufregung nicht, was er tue. Auch leide er viel an Kopfschmerzen. Sein Vater trinke gern und mache dann Spektakel. Er habe drei Volksschulklassen, könne lesen und schreiben und sei Tischler von Beruf. Er habe nirgends lange ausgehalten und fortwährend seine Arbeitsplätze gewechselt. Schließlich sei er Fabriksarbeiter geworden. Als Kind Scharlach, später nie ernstlich krank.

Der „Kranke" rechnet jetzt einfache Rechenaufgaben richtig, zählt die Monate prompt auf, liest von der Uhr die Zeit richtig ab, benennt Gegenstände und Bilder in normaler Weise und liest glatt.

Somatisch: Mittelgroß, etwas schwächlich gebaut. Brustkorb eng und flach. Ernährungszustand schlecht. Schädelumfang 54 *cm*. Andeutung von Vogelgesicht. Gaumen eng und hoch. Rachenreflex stark herabgesetzt, Konjunktivareflex vorhanden. Sehnenreflexe lebhaft. Pupillen und Hirnnerven intakt. Puls ohne Anomalien.

Man wird mir zugeben, daß der vorstehende Fall (D.), sofern der erste Akt der Komödie allein zur Begutachtung stünde, recht schwierig auf seine strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit zu beurteilen wäre. Die Planlosigkeit des Angriffes, seine Ausartung in ein wüstes Toben, die angebliche nachfolgende Amnesie bei gleichzeitiger Betonung epileptischer Erkrankung, würden zweifellos für den pathologischen Charakter des Exzesses sprechen, zumindest könnte man nicht sicher seine Unechtheit behaupten. Der Fall bliebe zweifelhaft. Die Sachlage änderte sich jedoch mit einem Schlage, als beim Beschuldigten nach seiner Überstellung in psychiatrische Beobachtung eine hysterisch gefärbte Psychose ausbrach, die alle Charaktere einer Fälschung an sich trug. Die dadurch ermöglichte Diagnose auf strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Mannes bezüglich der Subordinationsverletzung gelegentlich des Tobsuchtsanfalles wurde nach dem Abklingen der simulierten Geisteskrankheit durch die Angaben des „Kranken" über seinen Exzeß bestätigt, denn nun war auch die Unechtheit der nach dem „Wirbel" vorhandenen Amnesie erwiesen, und damit der letzte Zweifel beseitigt.

Daß die Psychose unecht gewesen, geht meines Erachtens mit vollster Sicherheit aus ihrer Symptomatologie hervor. Abgesehen davon, daß das Krankheitsbild jeder klinischen Erfahrung spottet, trägt es so schwerwiegende Widersprüche in sich, die selbst einer Hysterie nicht zugemutet werden können. Der Mann war örtlich



orientiert, er wußte, daß er sich in einem Spitale befinde und ärztlich untersucht werde, und gab über seine Familienverhältnisse und über seine militärische Einteilung genügende Auskunft. Er befand sich somit weder in einem Dämmer- noch in einem Verwirrtheitszustande. Trotzdem versagte er bei der Prüfung seiner intellektuellen Fähigkeiten vollends und motivierte dies selbst einerseits durch seine mangelhafte Schulbildung, andererseits durch seine Erkrankung (Kopfschmerzen). Der Schwachsinn, den er produzierte, war aber zum Teil vom Ganserschen Typus, zum Teil ganz unmöglich. Ein „Ganser“ rechnet wohl $1 + 1 = 5$, motiviert aber das niemals mit seiner Unbildung. Ein Schwachsinniger hingegen rechnet niemals $1 + 1 = 5$, wenn er gleichzeitig prompt über seine Familienverhältnisse Auskunft geben kann. Der Mann befand sich schon aus diesem einen Grunde (von allen anderen ganz abgesehen) weder in einem „Ganser“, noch war er schwachsinnig. Weil ein Drittes nicht in Betracht kam, so war damit der simulative Charakter seines abnormen Zustandes erwiesen. Als Simulation aufgefaßt, war seine Geisteskrankheit allerdings durch und durch verständlich und der tatsächlichen Erfahrung entsprechend....

Ein ähnlicher, nur noch etwas verwickelterer und deshalb sehr instruktiver Fall ist der nachfolgende

Fall 22. (Tobsuchtsanfälle mit Verwirrtheitszuständen und amnestischem Schwachsinn.) Ch. J., Infanterist, 28 Jahre alt, verheiratet, Maurer, assentiert 1914. Aufgenommen 28./9., entlassen 16./10. 1917. Objektive Anamnese fehlt. Nach eigenen Angaben Sohn eines Maurers, der ein Trinker und nervös gewesen sei. Die Mutter lebt, leidet aber viel an Kopfschmerzen. Ein Bruder ist Soldat. Er selbst als Kind immer kränklich, absolvierte sechs Volksschulklassen, lernte schwer und blieb oft sitzen. Wurde Maurer. Vor zehn Jahren Lues. (Näher darüber befragt, verwickelt sich der „Kranke“ in Widersprüche, behauptet auch jetzt noch einen Chanker zu haben, wobei aber festgestellt werden kann, daß es sich lediglich um Unreinlichkeit handelt.) Januar 1915 eingerückt, war er 2 Monate im Felde, erkrankte dort angeblich an Typhus und war hernach fast ununterbrochen in verschiedensten Spitälern. Seit Juli 1917 wieder beim Kader.

Laut Auskunftsbogen der Heimatsgemeinde gut beleumundet, unbescholten, jedoch sehr jähzornig. War nie ernstlich krank, lernte in der Schule gut und zeigte eine gute Auffassungsgabe.

Laut Truppenbericht marodierte er an rheumatischen Schmerzen, war aber geistig normal: Zwei Kameraden, die ihn von früher her kennen, bezeichneten ihn für einen Sonderling, der meist allein lebe, keine Gesellschaft suche und keine Freunde habe.

Seit 11. April 1917 stand Ch. wegen chronischen Trachoms in Spitals-



behandlung. Am 20. 4. morgens früh vom Unteroffizier aufgefordert, aufzustehen, weigerte er sich dies zu tun und sprang auf nochmalige Aufforderung, das Bett zu verlassen, auf, ergriff die Kopftafelstange und ging damit auf seinen Vorgesetzten los. Als dieser nach kurzer Zeit mit drei Mann Bereitschaft im Zimmer erschien, lag Ch. wieder im Bett. Am Nachmittage desselben Tages zum Kommandanten befohlen, verweigerte er den Gehorsam und drohte gewalttätig zu werden. In der nun folgenden Nacht verließ er das Bett und wanderte, italienische Flüche vor sich hinsprechend, auf dem Gange auf und ab. Von der Ganginspektion zur Ruhe verwiesen, holte er mit dem Arm zum Schlage aus, wich aber vor dem Bajonett zurück. Hierauf begab er sich zurück ins Krankenzimmer und begann zu toben: warf einen Tisch um und schrie: „alle hinaus." Erschreckt verließen die Kranken das Zimmer, worauf sich Ch. ruhig zu Bett legte.

Am 4. Mai gerichtlich vernommen, erklärte er, sich an die Affaire mit dem Unteroffizier am Vormittage gar nicht zu erinnern, bezüglich seiner Weigerung, vor dem Kommandanten zu erscheinen, redete er sich dahin aus, daß er damals starke Kopfschmerzen gehabt und an Schwindel gelitten habe. An den Vorfall in der Nacht wollte er sich gleichfalls nicht erinnern. Er leide an nervösen Zuständen, die ihm zuweilen die Besinnung rauben, so daß er nicht wisse, was er tue. Er sei sehr nervös und reizbar und in dieser Beziehung krankhaft veranlagt.

Die gerichtlich einvernommenen Zeugen gaben fast übereinstimmend an, daß Ch. auf sie den Eindruck eines sehr nervösen, reizbaren Menschen gemacht hatte. Er zeigte meist eine mürrische Miene und war beim Kartenspiel stets aufgeregt. Er war ablehnend und sonderte sich ab. Oft wechselte er ohne ersichtlichen Grund das Gesprächsthema.

Am 28. September kam er auf der hiesigen Abteilung zwecks gerichtsärztlicher Begutachtung zur Aufnahme.

1. Oktober. Bei der Morgenvisite am Bettrand sitzend, den Kopf mit einem Tuch umwickelt, die Hände in den Hosentaschen. Macht ein trübes Gesicht. Findet nicht der Mühe wert beim Erscheinen der Visite und später bei der Unterredung eine etwas militärischere Haltung einzunehmen. Gibt sich höchst lässig, antwortet mürrisch. Stellt sich offensichtlich unbeholfener, als er ist. Sei Maurer, wohnhaft in T. Wo das liege, wisse er nicht, er wisse überhaupt nicht viel, weil er Kopfschmerzen habe und schwach im Kopf sei.

Einer eingehenden Exploration unterzogen, bietet er folgendes Bild:

Sitzt zunächst ruhig, in lässiger Haltung da, blickt zerstreut um sich, nimmt keine Notiz von dem Arzt. Auf entsprechende Fragen gibt er seinen Namen, Vornamen, Alter und Geburtsort und die Namen seiner Eltern richtig an. Als gegenwärtiges Datum bezeichnet er nach einigem Nachdenken den 28. 9. 1916. Hier befinde er sich in einem Augenspital, komme von der Kompagnie, früher sei er in einem anderen Augenspital gewesen. Auf die Frage, was dort vorgefallen sei, wird er sofort lebhafter und erklärt spontan, sich an nichts zu erinnern. Er wisse lediglich, daß er im Spital gewesen, sonst erinnere er sich an gar nichts. Auf die direkte Frage, ob er dort nicht irgendwelche Unannehmlichkeiten gehabt, gerichtliche Verhöre u. dgl., er-



klärt er, davon nichts zu wissen. Er sei so schwach im Kopf, daß er sofort alles vergesse. Als man seine Verantwortung bezweifelt, gerät er sofort in Aufregung, gestikuliert mit den Händen, greift sich an den Kopf, jammert theatralisch: „ich Armer, ich Armer," versichert mit auffälliger Eindringlichkeit, daß er kopfschwach sei, man solle sich nur bei seinen Angehörigen erkundigen. Als ihm seine Aussage vor Gericht, mit seiner Namensfertigung versehen, vorgelegt wird, wird er für einen Moment stutzig, faßt sich aber rasch und erklärt, die Unterschrift rühre zwar von seiner Hand, er erinnere sich jedoch nicht, bei welcher Gelegenheit er sich unterschrieben, noch auf wessen Veranlassung. Wie um seinen Versicherungen mehr Nachdruck zu verschaffen, preßt er sich den Kopf mit den Händen zusammen, beugt sich nach vorne und beginnt schwächlich zu schluchzen, wirft aber dabei fortwährend flüchtige Blicke nach den Seiten, um den Eindruck seines Verhaltens zu beobachten. Auf Vorhalt, wieso es komme, daß er sich lediglich ihm unangenehmer Begebenheiten nicht erinnern könne, meint er schlagfertig, er leide eben an anfallsweiser Kopfschwäche, die jedoch bald vorübergehe. Jetzt in diesem Moment habe er allerdings nicht einen solchen Anfall.

Auf die Eröffnung des Arztes, daß man nun seine Geistesfähigkeiten etwas genauer prüfen werde, beginnt der Mann Schwachsinn zu simulieren. Aus einem Bilderbuch für kleine Kinder (eine Schusterei, einen Hausbau u. dgl. in Bildern enthaltend) vermag er angeblich kein einziges Bild aufzufassen, blickt verständnislos drein, erklärt eine abgebildete Zange für einen Hammer, ein Geldtäschchen für eine Tabakschachtel, eine Spinne für eine Fliege, erkennt nicht eine Zündholzschachtel, nicht eine Flasche. Ganz unvermutet gefragt, wie viel 1 + 1 ausmache, sagt er schlagfertig drei, ist jedoch nicht zu bewegen weitere derartige Fragen zu beantworten. Beginnt vielmehr zu jammern und zu stöhnen. Will nicht wissen, wie viel Monate ein Jahr hat, noch wie viel Tage die Woche. — Wird auf die Schwerkrankendiät gesetzt und auf die Isolierabteilung verlegt.

2. Oktober. Bei der Morgenvisite im Gitterbett, hat sich unter die Matratzen verkrochen. Hatte die ganze Nacht im Bett herumgewirtschaftet, an den Netzen herumgerissen und geflucht. Zur Rede gestellt, blickt er den Arzt verächtlich an und schweigt. Bekommt Apomorphin.

3. Oktober. War gestern tagsüber ruhig. Bei der heutigen Morgenvisite in einer Bettecke zusammengekauert, die Bettdecke über den Kopf gezogen. Angeredet, stellt er sich ganz und gar unwissend, weiß nicht, wo und wie lange er sich hier befindet, noch woher er gekommen, noch ob er Soldat sei, noch ob wir jetzt Krieg haben. Als gegenwärtiges Datum gibt er Juni 1980 an. Gefragt, wie viel 1 + 1 ausmache, sagt er acht. Dabei benimmt er sich aber geordnet, faßt gut auf, ist aufmerksam, beantwortet jede Frage sinngemäß, spricht nicht vorbei und beobachtet genau seine Umgebung. Bekommt Apomorphin. Schwerkrankendiät.

4. Oktober. War in der Nacht ruhig. Erzählt bei der Morgenvisite, daß er nachts schlecht geschlafen habe, weil italienische Flieger da gewesen wären und Bomben abgeworfen hätten. Gibt sich bei vollständig korrektem Verhalten vollkommen desorientiert. Bekommt Apomorphin.



5. **Oktober.** Scheint einlenken zu wollen. Beginnt spontan mit dem Arzt eine Unterredung, klagt darüber, daß er seit 4 Tagen(!) zu wenig zu essen bekomme, spricht den Arzt mit Herr Doktor an. Erinnert sich, daß er von der Kompagnie gekommen sei. Bleibt bei leichter Diät.

6. **Oktober.** Erklärt, es gehe ihm sehr gut. Gibt zu erkennen, daß er mit dem Arzte sprechen möchte. Bekommt volle Diät.

11. **Oktober.** Hat sich in den letzten Tagen andauernd ruhig und geordnet verhalten. Wurde auf die ruhige Abteilung verlegt.

Ist jetzt örtlich und zeitlich gut orientiert, gibt sich frei und unauffällig. Komme von der Kompagnie zwecks Konstatierung, ob er krank sei. Gibt zu in B. vor dem Richter vernommen worden zu sein. Man habe ihm dort gesagt, daß er eine Geschichte mit einem Unteroffizier gehabt hätte, er sei sich aber keiner Schuld bewußt. Er sei sehr nervös und sehr vergeßlich. Gibt schließlich zu, daß man ihn einer Subordinationsverletzung beschuldige, er hätte angeblich einen Zugsführer mit einem Stocke bedroht und „solche Sachen". Er sei bereits gerichtlich vernommen worden und habe ein Protokoll unterschrieben.

Rege er sich auf, so gerate er in einen Zustand, in welchem er nichts von sich wisse. Gefragt, warum er hier Geisteskrankheit zu simulieren versucht habe, redet er sich dahin aus, daß er, wenn man ihm zusetze und ihn durch viele Fragen verwirre, sofort den Kopf verliere und dann in einen krankhaften Zustand gerate. So hätte auch die ärztliche Untersuchung gewirkt. Er hätte sich völlig verloren und wisse jetzt nicht mehr, was er alles gemacht habe. Geisteskrank sei er jedoch nicht gewesen.

Somatisch: Übermittelgroß, hager. Pupillen und Hirnnerven intakt Rachenreflex vorhanden. Sehnenreflexe funktionell gesteigert. Herzaktion beschleunigt. Keine Zeichen einer Lues.

Die anamnestischen Angaben dritter Personen, daß Ch. von jeher ein Sonderling, menschenscheu und mürrisch, nervös und reizbar gewesen, daß er oft das Gesprächsthema ohne ersichtlichen Grund gewechselt, sich gern abgesondert und ablehnend verhalten habe, im Verein mit den im Grunde kaum zureichend motivierten Erregungszuständen und Subordinationsverletzungen im Spital, ließen den Fall bezüglich der Begutachtung seiner strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit recht schwierig erscheinen, da die Möglichkeit einer epileptischen Artung des Mannes nicht mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit von der Hand zu weisen war.

Die psychiatrisch-forensische Klärung des Falles brachten aber auch hier in erster Linie jene Momente, die einen Schluß auf die subjektive Stellungnahme des Mannes zu den ihm zur Last gelegten, zweifelhaft krankhaft bedingten Handlungen erlaubten, und seine Unehrlichkeit in dieser Beziehung ins volle Licht rückten.

Wäre der Mann bei seiner Verantwortung geblieben, daß er

sich der ihn belastenden Vorgänge nur dunkel erinnere und sie nicht zu erklären und zu motivieren vermöge, daß er diesbezüglich krankhaft veranlagt sei und zeitweilig in solche abnormen Zustände gerate, von denen er nachher keine oder doch nur eine dunkle Erinnerung habe, wäre der Mann in seiner Befürchtung, nicht geglaubt zu werden, nicht zur Vortäuschung von Demenz- und Amenzzuständen geschritten, so könnte nachträglich gegen seine Verteidigung nichts stichhaltig Überzeugendes vorgebracht werden. Daß er jenen unüberlegten Schritt dennoch getan, lag, meiner Überzeugung nach, nur in seinem Bewußtsein, schuldig zu sein, begründet. Weil er selbst an seine Verantwortung nicht glaubte, konnte er auch nicht annehmen, daß sie ihm von dritter Seite geglaubt werde und das um so weniger, je erfahreneren Beurteilern gegenüber er sich wußte. Vor den Richtern war er nur amnestisch, von den Psychiatern schien ihm das zu wenig, und er suchte seine Amnesie durch simulierten Schwachsinn glaubwürdig zu machen. Dadurch geriet er aber als Laie notwendigerweise in eine Zwangslage. Im Moment, als er sich dieser Zwangslage bewußt ward — und dazu mag seine Isolierung und Stellung auf strenge Diät beigetragen haben —, tat er notgedrungen noch einen Schritt weiter und simulierte nun akute Geisteskrankheit. Als aber dann, als Reaktion darauf, seine Apomorphinisierung erfolgte, erlahmte seine Energie und er streckte die Waffen.

Daß der von unserem Kranken produzierte Schwachsinn simuliert war, bedarf erst wohl keiner Begründung, er trägt alle Züge eines solchen und ist in sich selbst widerspruchsvoll. Aber auch die später einsetzende Psychose muß mit aller Bestimmtheit als vorgetäuscht bezeichnet werden. Abgesehen davon, daß sie sich im Anschluß an eine falsche Demenz entwickelte, ist auch sie voll Widersprüche. Nach unruhig verbrachter Nacht kauert sich der Kranke nach Art eines Katatonikers in die Bettecke, gibt in formaler Beziehung wie ein Vollsinniger bei prompter Auffassung und bester Aufmerksamkeit sinngemäße Antworten, deren Inhalt jedoch denen eines seines Erinnerungsvermögens vollkommen beraubten und gleichzeitig schwachsinnigen Kranken entspricht.

Überblickt man die im vorstehenden gebrachten vier Beispiele der aggravierten, zornmütigen Erregung mit ihrem simulativen Nachspiel, so wird sich ihre ermüdende Gleichartigkeit in allen wesentlichen Zügen dem Leser von selbst aufdrängen. Es ist ja klar, daß gelegentlich einmal in einem oder anderen Falle ein



neuer Zug zum Vorschein kommen wird, im großen und ganzen stellen aber diese vier Fälle die Haupttypen dieser Simulationsform dar, die wohl in ihren Nebenzügen Variationen unterworfen, in den Hauptzügen jedoch in dieser ermüdenden Monotonie immer wieder in Erscheinung treten. Ich könnte meine Beispiele um eine nicht geringe Zahl vermehren, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen. Was wechselt, sind die äußeren Umstände, der Inhalt jedoch und der Verlauf der Pseudopsychose bleiben immer dieselben, ein weiterer Beweis für die psychologische Tatsache, daß das gewollte psychische Geschehen sich in präformierten, allen Kulturmenschen gemeinsamen Bahnen bewegt und einer verhältnismäßig nur geringen individuellen Variation fähig ist. Sicherlich glaubte jeder unserer vier „Kranken" etwas ganz Neues zu bieten und seine Sache ganz originell anzufassen und doch glich er dabei seinem Vorgänger und Nachfolger wie ein Ei dem anderen. Und überblicken wir auch alle bisher besprochenen Fälle hinsichtlich ihrer Symptomatologie, so müssen wir auch da sagen, daß die ganze Mannigfaltigkeit — wenn von einer solchen überhaupt gesprochen werden kann — eigentlich nur in einer Variation und Kombination von vier Zustandsbildern, die sich ihrerseits auf zwei zurückführen lassen, besteht: Tobsüchtige Erregung und die dieser verwandte Verwirrtheit auf der einen, Erinnerungsausfall und Schwachsinn auf der anderen Seite.

Setzen wir als Idealform simulierter Geistesstörung die Reihenfolge: tobsüchtige Erregung, Verwirrtheitszustand, Schwachsinn mit retrograder Amnesie, welcher Idealform sich z. B. unsere Fälle B., Ch. und D. nähern, so kann man alle übrigen als Abortivformen auffassen und folgende Einzeltypen unterscheiden:

1. Tobsüchtige Erregung mit nachfolgender Amnesie.

2. Tobsüchtige Erregung mit konsekutivem Schwachsinn und Amnesie.

3. Verwirrtheitszustand mit Amnesie.

4. Verwirrtheitszustand mit Amnesie und Schwachsinn.

Die tobsüchtige Erregung und die Verwirrtheit stellen dabei die akute Erregungsphase, der Erinnerungsausfall mit oder ohne Schwachsinn den chronischen Pseudodefektzustand der kompletten simulierten Geistesstörung. Die Fälle, in denen die akute Phase fehlt und die psychische „Störung" von vornherein mit einem Defektzustand einsetzt, kann man dann als inkomplette Formen zusammenfassen und folgende Typen unterscheiden:



5. Primärer Schwachsinn.
6. Primärer Erinnerungsausfall.
7. Primärer Erinnerungsausfall mit Schwachsinn.

Es gibt zwar außer diesen noch andersartige Typen, doch sind sie selten, bei einigen ist außerdem die simulative Grundlage nicht ganz sicher. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Fälle jedoch läßt sich ohne Zwang in obiges Typenschema einordnen, es wäre denn, daß es simulierte Geistesstörungen gibt, die man unter Verhältnissen, wie sie zur Kriegszeit in einem großen Konstatierungsspitale herrschen, nicht differenzieren und als solche diagnostizieren kann.

Die im vorstehenden skizzierten Krankheitsbilder wollen wir als reguläre (typische) bezeichnen und davon die selteneren als irreguläre (atypische) unterscheiden.

Unter den irregulären (atypischen) Formen simulierter Geistesstörung stehen, ihrer forensisch-praktischen Wichtigkeit wegen, diejenigen obenan, die unter Krampfanfällen einhergehen und insoferne differential-diagnostisch zu der Epilepsie in Beziehung stehen. Doch muß gleich im vorhinein hervorgehoben werden, daß der Krampfanfall, das markanteste Ausdrucksmittel der hysterisch-psychogen erkrankten Willensäußerung, bei der Simulation von Geisteskrankheit keine große Rolle spielt. Er ist zu schwerfällig und seinem Wesen nach auf die Erzwingung momentaner Erfolge berechnet. Für weitgesteckte Ziele ist er, weil er nicht imstande ist, aus sich selbst dauernd eine Aktion zu unterhalten und deshalb infolge Unentbehrlichkeit anderer Waffen selbst entbehrlich wird, unbrauchbar. Oft wird er als ultima ratio in Reserve gehalten, bei Hochnot jedoch kann er allerdings sofort in Aktion treten, wie z. B. im folgenden Falle.

Fall 23. V. A., Infanterist, 38 Jahre alt, selbständiger Kaufmann, verwitwet. Aufgenommen 16./5., entlassen 2./6. 1918. In der Nacht vom 15. auf den 16. Mai 1918 wurde V. beobachtet, wie er im Wartesaal III. Klasse des hiesigen Hauptbahnhofes sich bei den dort schlafenden Soldaten bei ihren Geschlechtsteilen zu schaffen machte.

Als er in Haft gesetzt werden sollte, entwich er. Gegen 8 Uhr morgens fand er sich von selbst in der Kanzlei des hiesigen Spitals ein, mit der Angabe, es sei ihm schlecht. Als der Arzt erschien, bekam der Mann einen Anfall: fiel zu Boden, zuckte willkürlich in theatralischer Weise mit den Gliedmaßen, kniff aktiv die Augen zusammen, sammelte Speichel im Munde.



den er von Zeit zu Zeit zwischen den Lippen auspreßte, um Schaum zu erzeugen. Wälzte sich dabei auf dem Boden. Die Pupillen reagierten prompt. Keine Störung seitens der Atmung und der Gefäßinnervation. Auf die Beine gestellt, blieb er stehen, ließ sich aber nach einer Weile recht behutsam zu Boden fallen.

Er sollte mit einem Begleiter dem Bahnhofkommando überstellt werden, entwich jedoch und konnte nicht eingeholt werden. Um $^1/_2$ 10 Uhr erschien er in einer Kirche, wo er durch sein eigentümliches Benehmen auffiel. Als er um $^1/_4$ 12 Uhr noch immer in der Kirche weilte und plötzlich am ganzen Körper zu zittern anfing, wurde die Rettungsabteilung verständigt. Man fand eine leere Schachtel mit der Aufschrift Veronal bei ihm und da man an eine Vergiftung dachte, überstellte man ihn dem Spital.

Bei der Aufnahme in scheinbar bewußtlosem Zustande. Begann während der orientierenden Untersuchung mit den Händen zu zittern, reagierte aber sonst auf keine Anrede, gab sich vollkommen schlaff, die Augen halb offen. Kornealreflexe waren auslösbar, Pupillen reagierten. Im Bad mit kaltem Wasser begossen, erhob er sich von selbst und taumelte wie schlaftrunken im Raume herum. Ins Bett gebracht, rührte er sich den ganzen Tag nicht mehr, blieb vollkommen abulisch liegen, nahm keine Nahrung zu sich.

17./5. Vollkommen unzugänglich, reagiert auf keine Anrede, beginnt, wenn man ihn berührt, zu wimmern und zu zittern. Spannt aktiv die Beine, läßt die Kniegelenke nicht abbiegen. Wackelt, auf die Beine gestellt, und läßt sich dann vorsichtig zu Boden fallen, geht sofort in Rückenlage und beginnt mit den Beinen zu zappeln. Stöhnt und jammert dabei. Kniesehnenreflexe etwas lebhaft. Babinski negativ. Pupillen reagieren. Kornealreflexe vorhanden. Auf Nadelstiche reagiert der Mann in keiner Weise, hingegen zeigt er auf energisches Zureden die Zunge.

Als man versucht, ihm das Abendessen mit dem Löffel einzugeben, preßt er die Zähne zusammen, beginnt am ganzen Körper heftig zu zittern, stößt wimmernde Laute zwischen den Zähnen hervor. Die Augen dabei dauernd geschlossen. Beim Versuch, ihn auf die Beine zu stellen, wird er ganz steif, beugt den Kopf stark nach hinten, überstreckt die Wirbelsäule und bleibt, nur etwas gestützt, ganz steif stehen. Losgelassen, fällt er vorsichtig zu Boden und zappelt mit den Beinen.

18./5. Ganz unverändert, liegt mit geschlossenen Augen da, reagiert zunächst auf keinen Reiz. Beginnt dann zu zittern, murmelt etwas vor sich hin, greift sich mit der Hand nach dem Hinterkopf. Geht, auf die Beine gestellt, vorsichtig nieder, macht einige heftige Zuckungen mit den Beinen und bleibt dann regungslos liegen. Mit kaltem Wasser übergossen, richtet er sich plötzlich auf, greift sich nach dem Kopf und sagt: „Bitte, Herr Doktor, helfen Sie mir, ich habe so Kopfschmerzen.“ Blickt dabei den Arzt hilfeflehend an. Beim Versuch, ihn weiter zu explorieren, läßt er sich wieder niedersinken und schließt die Augen. Reagiert auf keinen Zuspruch mehr. Ins Bett gebracht, bleibt er mit geschlossenen Augen regungslos liegen.



Nimmt abends die Nahrung selbst zu sich, richtet sich dabei allerdings nicht auf, sondern ißt in der Seitenlage liegend. Sucht heimlich das Klosett auf, um zu urinieren.

19. 5. Bei der Morgenvisite mit geschlossenen Augen in der Rückenlage. Beginnt, wenn man ihm zuredet, zu zittern, wimmern und jammern. Wird auf strenge Diät gestellt.

Bei der Mittagausspeisung gefragt, wann er die Komödie aufzugeben gedenke, entschließt er sich zu sprechen, öffnet halb die Augen und beginnt mit matter Stimme über Kopfschmerzen zu klagen. Faltet die Hände und sagt: „Ach Herr Doktor, ich habe so Kopfschmerzen, ich kann mir nicht helfen." Es wird ihm bedeutet, daß er so lange auf strenger Diät gehalten werde, bis er in geordneter Weise werde Auskunft geben können.

20. 5. Gibt Auskunft. Steht auf Verlangen auf. Macht ein müdes, abgeschlagenes Gesicht, benimmt sich jedoch im übrigen geordnet. Als gegenwärtiges Datum gibt er April 1917 an. Örtlich ist er orientiert. Erinnere sich nicht, wann und wie er hieher gekommen. Das letzte, an das er sich noch erinnere, ist, daß er in einer Kirche gewesen. Dort sei ihm schlecht geworden, sei zusammengefallen, habe eine Schachtel voll Veronal genommen, um seiner Kopfschmerzen los zu werden. Er leide schon lange an solchen Anfällen, man solle nur seine Angehörigen fragen. Er sei ein Mensch, habe Schwächen wie alle Menschen, der Arzt möge ihn nicht unglücklich machen, ihm nicht seine Zukunft vernichten. Er leide immer an Kopfschmerzen, seine Tochter sei auch mit diesem Leiden behaftet und bekomme Anfälle. Auf die Frage, was er damit meine: man solle ihn nicht unglücklich machen, spricht er um die Sache herum, bittet, man möge ihm helfen, er sei kein Schwindler, er sei nur krank. Befragt, was er auf dem Hauptbahnhof angestellt, weicht er der Frage aus, versichert, daß er immer ein braver Mensch gewesen, niemandem was zuleide getan, er sei doch nur ein Mensch, man möge Erbarmen mit ihm haben, er sei krank. Erklärt dann auf Drängen, daß er sich erinnere, auf dem Bahnhof im Dienst von einem Soldaten, der aus der Front gekommen war und den er nicht weiter kenne, Schnaps zu trinken bekommen zu haben. Er habe paar feste Schlucke gemacht. Darauf sei ihm so eigentümlich geworden, es habe ihm geschwindelt. Er wurde schläfrig und dann wisse er nichts mehr. In der Früh sei er in der Kanzlei zu sich gekommen, habe sich schlecht gefühlt, habe um frisches Wasser gebeten. Um sich zu erleichtern, sei er dann in die Stadt spazieren gegangen, sei planlos herumgeirrt, bis ihm schlecht geworden und er in ein Spital Hilfe suchen gegangen sei. Dort wurde ihm ganz schlecht. Als er sich etwas erholt hatte, sei er wieder fort, habe sich in einer Apotheke Pulver gekauft und sich dann in eine Kirche zur Andacht begeben. Dort habe er die Pulver alle auf einmal genommen.

Der Untersuchte spricht mit matter, schwacher Stimme, sitzt müde, in sich zusammengesunken, auf dem Stuhl, blickt den Arzt nie an, erklärt, es sei ihm schlecht.

1. 6. 1918. Hat sich in den letzten Wochen ruhig und geordnet verhalten, bot keine psychotischen Züge mehr, nahm die Nahrung selbst zu



sich, schlief gut und hielt sich rein. Bei den Visiten klagte er in etwas stereotyper Weise über Kopfschmerzen und bat regelmäßig um Pulver. Bleibt im großen und ganzen bei seinen Angaben vom 20. Mai.

Somatisch: Mittelgroß, mäßig kräftig, engbrüstig. Körper stark behaart. Gesicht und Schädel deutlich asymmetrisch. Pupillen reagieren. Rachenreflex stark herabgesetzt. Sehnenreflexe lebhaft.

Der vorstehende Fall beweist auf das schlagendste die Unbrauchbarkeit des Krampfanfalles zu dauernderen Simulationszwecken. Einmal in Szene gesetzt, enthebt er seinen Träger für eine kurze Weile zwar aller Sorgen und Verlegenheiten, liefert ihn aber nach wenigen Momenten völlig entblößt doch wieder auf Gnade und Ungnade aus. Dadurch führt er sich selbst ad absurdum, indem er sich überflüssig und deshalb entbehrlich macht. Wo er, wie in unserem Falle, trotzdem in Anwendung gebracht wird, nimmt er notgedrungen die chronische Form an. Diese ist aber auf die Dauer unhaltbar.

Der simulierte Krampfanfall hat seine Eigentümlichkeiten, die ihn bis zu einem gewissen Grade vom hysterischen wohl unterscheiden.

Er erscheint niemals in der klassischen Großform dieses letzteren mit seinen verschiedenen Phasen. Er ist monoton, phantasiearm und steril. Es fehlt ihm vollkommen die Eleganz und die vornehme Grazie, die manchmal seinen Verwandten auszeichnen. Er ist roh und häßlich, plump und ungeschlacht. Es fehlt ihm die Kontinuität der Entwicklung und die Logik des Fortganges. Er ist symbollos. Es fehlt ihm die Leidenschaft, die dem hysterischen den Schwung verleiht und ihn hinreißend macht: es trägt ihn die Berechnung und nicht der Affekt. Im einzelnen betrachtet, fehlt ihm in den meisten Fällen der arc de cercle, das leidenschaftliche Bohren in den Kissen, das hochtheatralische Gebaren und die posenhaften attitudes passionelles, sowie der postterminale Dämmerzustand. Was er produziert, ist rohe Gewalt: an die Stelle der krampfenden Arme und Hände tritt das grobe Umsichschlagen, an die Stelle des „Halbbogens" das Hämmern mit dem Kopfe und das Zappeln mit den Beinen. Der Simulant läßt pfauchende und schnarchende Laute ertönen, wo leidvolles Stöhnen am Platz wäre und statt in seinen Mienen Leidenschaften spielen zu lassen, sammelt er prosaisch den Speichel, um vorschriftsmäßig Schaum vor dem Munde zu haben und saugt an dem Zahnfleisch, um den Mundschaum blutig zu färben.



Sehr häufig sieht man beim simulierten Anfall Inkonsequenzen, wie sie den echten wohl selten passieren. So spannt z. B. der Kranke nach erfolgter totaler Erschlaffung noch weiter die Beine, wenn man sie auf ihre Beweglichkeit prüft, oder er versteift sich darauf, den Daumen in die Faust zu verstecken und nicht locker zu lassen, auch wenn der Anfall schon lange vorbei ist. Andererseits wechselt er mitten im Anfall abrupt sein Verhalten, wenn ihm zufällig etwas Neues einfällt. Der simulierte Anfall ist ein Mosaik, während der hysterische ein Gemälde sein kann. Es fehlt ihm der einheitliche Zug und der innere Schwung, und als ein Machwerk ist er stets kunstlos. Ferner fehlen ihm alle körperlichen Begleiterscheinungen, welche beim hysterischen so häufig beobachtet werden: Erweiterung der Pupillen, Erloschensein des Bindehautreflexes, Empfindungslosigkeit gegen schmerzhafte Reize (Nadelstiche usw.), die Blässe oder die Zyanose des Gesichtes usw. Dennoch ist seine Unterscheidung vom echten hysterischen Anfall unter Umständen sehr schwierig oder gänzlich unmöglich. Es gilt auch hier der Satz, daß zwischen dem Gemachten und Echten fließende Übergänge bestehen, daß willkürliche Anfälle in hysterische übergehen und hysterische in bewußt gemachte ausklingen können. Wie bei hysteroid veranlagten Naturen jede Verstellung durch Autosuggestion in echt psychogene Zustände übergehen kann, so auch und ganz besonders der Krampfanfall mit seiner ungeheuren allo- und auto-suggestiven Kraft.

Als Beispiel diene folgender

Fall 24. P. J., Infanterist, 36 Jahre alt, assentiert 1914, ist laut Truppenbericht ein „durchtriebenes Individuum", das jede Gelegenheit benützt, um sich von der Kompagnie zu entfernen und alles aufbietet, um seine Einteilung in eine Marschkompagnie zu verhindern. Er ist bereits vier- bis fünfmal desertiert.

Anfangs Januar 1918 erlitt er im Arrest einen Anfall und wurde hieher überstellt.

27./1. $^1/_2$8 Uhr früh: Springt aus dem Bett, läßt sich zu Boden fallen, schlägt mit den Armen und Beinen um sich, läßt pfauchende und schnarchende Laute ertönen, bläst die Backen auf und läßt aktiv den Speichel aus dem Munde fließen, kneift die Augen fest zusammen und sucht die Pupillenuntersuchung zu verhindern, spannt mit aller Kraft die Beine beim Versuch, die Reflexe zu prüfen. Auf die Füße gestellt, bleibt er breitspurig stehen, blickt mit weit aufgerissenen Augen um sich, pfaucht und krächzt. Fällt auf das Bett, preßt wie zum Stuhl, rollt und zwinkert mit den Augen. — Pupillen reagieren prompt, Reflexe erhalten, keine Störung seitens der Gefäßinnervation und der Atmung.



Leichter und sicherer ist die Unterscheidung des gemachten Anfalles vom epileptischen. Ich glaube nicht, daß ein erfahrener Beobachter diesbezüglich Gefahr läuft, einer Täuschung zum Opfer zu fallen, hingegen kann das sehr wohl passieren, wenn er seine Diagnose auf die Schilderung von Laien oder unerfahrenen Medizinern hin stellt.

Fall 25. F. D., Infanterist, 26 Jahre alt, ledig, Bauernsohn, assentiert 1917. Aufgenommen 4./12. 1917, entlassen 2./2. 1918. Am 5./6. 1917 trieben sich in R. drei Infanteristen herum. Vom Zugsführer aufgefordert, mitzukommen, gingen sie eine Zeitlang ruhig mit, dann aber flüchteten sie in ein Kaffeehaus und verweigerten weiteren Gehorsam. Als die Patrouille erschien, begannen sie im Kaffeehause Teegläser, Flaschen, Sessel und was ihnen sonst in die Hände geriet, gegen diese zu schleudern und konnten erst nach gewaltsamer Überwältigung in den Arrest gebracht werden. Nach der Verhaftung stellten sich alle drei Mann geisteskrank.

F. wurde am 23./6. 1917 dem Barackenspital für Geisteskranke in F. überstellt, wo folgender Befund erhoben wurde:

Pat. mittelgroß, kräftig gebaut. Hautdecken fettreich. Hinterhauptstufe senkrecht abfallend. Pupillen gleich, rund, reagieren auf Licht. Der rechte Mundfazialis etwas weniger innerviert als der linke. Die Zunge weicht eine Spur nach rechts ab. Trizeps- und Periostreflexe lebhaft, Bauchdeckenreflexe vorhanden, desgleichen die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. Romberg negativ.

Pat. derzeit ruhig, geordnet, ansprechbar, antwortet mit leiser Stimme und mit spärlichen Worten in kohärenter Weise auf die gestellten Fragen. Die Stimmungslage objektiv gleichgültig, subjektiv depressiv. Als Ursache führt der Mann seine nervösen Beschwerden an. Die Aufmerksamkeit ist innerhalb normaler Grenzen. Örtliche und zeitliche Orientierung erhalten. Sei 25 Jahre alt, 1892 geboren, Bauer, ledig, habe zwei Jahre die Schule besucht und nur wenig lesen und schreiben erlernt. Leide seit Kindheit an Otitis media. Fühle sich seit jeher äußerst nervös und reizbar. Nach seiner Einrückung zum Militär vor sechs Monaten sei er die meiste Zeit in Spitälern gewesen. Als Ursache seiner jetzigen Abgabe in die Anstalt gibt er schwere Aufregungszustände an. Wenn er sich ärgere, werde es ihm ganz schwarz vor den Augen und er wisse nicht, wo er sich befinde. Keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen.

19./7. Hatte gestern einen Streit mit einem Mitpatienten, fiel bewußtlos zu Boden, kam aber nach einigen Minuten wieder zu sich. Krämpfe oder Zuckungen wurden nicht beobachtet.

8./8. Hatte heute frühmorgens $^1/_2$5 Uhr einen Anfall, wobei er aus dem Bett fiel. Beim Fallen schlug er sich mit dem Schädel auf den Boden, blutete später aus der Zunge, hatte Schaum vor dem Munde, schlug um sich. Die Augen waren offen, nebenbei soll Bewußtlosigkeit bestanden haben. Der Anfall dauerte fünf Minuten.

30./8. Hatte um $^3/_4$5 Uhr morgens einen Anfall. Fiel aus dem Bett.



Die Augen offen. Aus dem Mund strömte Schaum mit Blut gemengt. Der Anfall dauerte drei bis vier Minuten.

31./8. Der Mann ist aggressiv, streitsüchtig.

19./9. Weiß nicht genau, seit wann er in der Anstalt ist.

23./9. Hatte gestern nachmittags einen Aufregungszustand, sprang gegen einen russischen Gefangenen, gab ihm einen Faustschlag, fiel dann auf den Boden und hatte einen Anfall, der mit Bewußtlosigkeit einherging. Vor dem Munde Schaum mit Blut.

2./10. Der Mann ist desorientiert, glaubt am 14. November 1918 zu sein, weiß nicht, wo er sich befindet.

26./11. Sprang gestern aus dem Zimmer mit erhobenem Sessel auf den Gang und wollte damit auf den Schädel eines Patienten, der vorbeiging, schlagen.

4./12. Wird mit der Diagnose: „postepileptisches Irresein", auf die hiesige Abteilung zwecks gerichtsärztlicher Begutachtung überstellt.

4./12. Kommt im psychogenen Dämmerzustand: völlig initiativelos, in schlaffer Haltung, starrt vor sich hin, rollt die Augen, gibt keine Auskunft, tut, als würde er sich nur mit Mühe auf den Beinen halten.

Benimmt sich nach der Entfernung des Arztes freier und ungezwungener.

5./12. Im tiefsten funktionellen Stupor, reagiert auf keine Anrede, starrt vor sich hin, rollt und verdreht die Augen daß sie weiß aufleuchten, knirscht mit den Zähnen. Auf die Beine gestellt, erhält er sich kaum aufrecht, hascht schwächlich nach Stützpunkten.

8./12. Unverändert. Beginnt, wenn der Arzt an sein Bett tritt, wie traumverloren vor sich hinzulächeln und leise zu murmeln. Gibt keine Auskunft, reagiert auf keine Anrede. Wird auf strenge Diät gestellt, bekommt Apomorphin.

10./12. Gestern stellte sich Ohrenfluß ein. Heute bei der Frühvisite gibt der Mann einige Auskunft, nennt seinen Namen, zeigt mit dem Finger aufs linke Ohr.

11./12. Machte in der Nacht einen offenbar nicht ernst gemeinten Selbstmordversuch. Wickelte sich ein Handtuch um den Hals, begann hierauf zu schreien und zu zappeln. Wird heute einer Exploration unterzogen.

Gibt seinen Namen und Vornamen, sein Geburtsjahr und Geburtsort richtig an. Als das gegenwärtige Jahr gibt er 1914 an. Erklärt, nicht zu wissen ob er Soldat sei. Weiß nicht, woher er kommt, auch nicht, wo er sich befindet. Erklärt den Arzt für einen Korporal. Spricht langsam, mit schwacher Stimme, denkt lange nach, bevor er antwortet, beginnt gelegentlich zu zittern. Löst die Aufgabe 2 + 2 mit 3, bedient sich dabei der Finger Kann die Wochentage nicht der Reihe nach aufzählen. Erklärt, die Monatsnamen nicht zu kennen. Das Jahr habe sechs Monate. Bestreitet hartnäckig, geisteskrank zu sein. Weiß nichts vom Krieg, nicht einmal, daß wir einen Krieg überhaupt haben. Kann von einer Taschenuhr nicht die Zeit ablesen. Macht ein finsteres Gesicht, knirscht mit den Zähnen. Kein Vorbeireden.

20./12. Unverändert, liegt indolent zu Bett, starrt auf die Zimmerdecke.



2./1. Kein Ohrenfluß mehr. Nimmt, wenn man sein Zimmer betritt, sofort eine steife Haltung ein; wenn er sich unbeobachtet glaubt, liegt er hingegen in natürlicher Lage im Bett. Nimmt Nahrung zu sich, hält sich rein. Wenn er auf die Ohrenabteilung geführt wird, geht er schnellen, freien Schrittes, bewegt sich ungehemmt. Wird er aber in seinem Zimmer in Gegenwart des Arztes auf die Beine gestellt, so steht er lässig, in sich zusammengesunken da, starrt wie geistesabwesend auf den Boden, schaut angesprochen, ratlos um sich, spricht leise, kaum hörbar. Gibt seinen Namen an, weiß aber angeblich nicht, wo er sich befindet. Erkennt den Arzt nicht als solchen.

13./1. Stieg heute aus dem Bett, ließ sich vorsichtig zu Boden fallen, zuckte mit den Händen, preßte aktiv Speichel aus dem Munde, rollte die Augen. Auf die Füße gestellt, blieb er mitten im Anfall breitspurig stehen, machte ein blödes Gesicht, hielt den Mund offen. Beim Druck auf den Unterleib richtete er sich plötzlich auf, ließ sich langsam aufs Bett nieder und blieb lässig auf dem Bettrande sitzen.

24./1. Wird von der Mutter besucht. Als er im Untersuchungszimmer die Mutter erblickt, rötet sich sein Gesicht, doch stellt er sich, als würde er die Mutter gar nicht bemerken, blickt an ihr in die Ferne vorbei, schaut wie ratlos im Zimmer herum. Von der Mutter beim Namen angerufen, reagiert er nicht darauf, wendet sich aber von dieser ab, macht, als wüßte er nichts von ihrer Anwesenheit. Als sich die Mutter (die selbst den Eindruck einer Hysterika macht) vor ihm auf die Knie wirft und zu jammern und zu wehklagen beginnt, beginnt auch er heftig zu weinen, spricht aber kein Wort. Später im Krankenzimmer unterhält er sich mit seiner Mutter, stellt Fragen und gibt Antworten.

30./1. Exploration: Sitzt ruhig, regungslos da, starrt vor sich hin, nimmt keine Notiz von seiner Umgebung. Angesprochen, wendet er sich dem Arzte zu, und nennt seinen Namen. Sei 20 Jahre alt, im Jahre 1899 geboren. Der Vater heiße Amerigo, die Mutter Helene, geb. R. Habe nur ein Jahr die Schule besucht und weder lesen noch schreiben erlernt. Er fühle sich nicht krank und habe keine Ahnung, warum er sich hier in dieser Kaserne in Triest befinde. Auf Zureden, sich nicht zu verstellen, wird er lebhaft, spricht den Arzt mit „Herr" an, versichert spontan, nichts gemacht zu haben, sich keiner Schuld bewußt zu sein. Verwickelt sich bei eingehender Exploration in Widersprüche. Gibt als gegenwärtiges Jahr 1918 an. Bei der Intelligenzprüfung gibt er folgende Antworten:

Das Jahr habe zehn Monate, und zwar: August, Sept, Okt, Nov. Jan, Febr, Apr, Mai, Juni, Juli. (Der Mann fällt mit der Stimme ab, um anzudeuten, daß er alle Namen gesagt habe. Hat genau zwei Monate ausgelassen.) Eine Woche habe sechs Tage, und zwar: Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa. Das Jahr habe 200 Tage, ein Monat 26. Der Tag habe zehn Stunden. Von einer Taschenuhr liest er jetzt die Zeit richtig ab. Zur Rede gestellt wieso er das auf einmal könne, erklärt er lebhaft, das immer gekonnt zu haben. Eine Kompagnie zähle 200 Mann, ihr Kommandant sei ein Major. der Regimentskommandant ein Oberst.



Der Untersuchte rechnet $2 + 2 = 4$, $4 + 4 = 9$, $5 + 5 = 8$. Der Mensch habe zehn Finger, jederseits fünf, zusammen zehn. Auf Vorhalt, warum er soeben $5 + 5$ mit 8 zusammengerechnet habe, bestreitet er dies. Sagt $5 + 5 = 9$. Fünf Finger rechts, fünf Finger links, seien neun Finger. der Mensch habe neun Finger.

Vorgelegten Text liest der „Kranke" buchstabierend wie ein Schulknabe. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, ergreift er ungeschickt den Bleistift, spannt aktiv die gesamte Muskulatur des Armes, hält die Hand ganz übertrieben steif und malt unsicher und schwerfällig die einzelnen Buchstaben. Die Ziffern schreibt er in Spiegelschrift. Ob jetzt Krieg sei, wisse er nicht; er habe von seinen Kameraden allerdings so etwas gehört. Soweit ihm bekannt, habe der Krieg im Jahre 1915 begonnen. Jetzt seien wir im Sommer, im Monate Januar. Januar sei ein Sommermonat, August ein Wintermonat.

Die Ziehensche Simulationsprobe fällt beim „Kranken" positiv aus, trotzdem der Mann sofort den Sinn der Probe erfaßt hatte. Überhaupt ist beim Kranken keine nennenswerte Auffassungserschwerung nachweisbar. Spontan äußert er sich nicht. Seine Antworten sind kurz und werden zögernd, wie tastend, vorgebracht. Dabei ändert er möglichst wenig seine Haltung und liebt, unverwandt auf einen Punkt zu starren.

Somatisch: Rachenreflex fehlt, Konjunktivareflex herabgesetzt. Kniesehnenreflexe lebhaft, Puls voll, kräftig, während der Exploration stark beschleunigt 120.

Die Mutter gab über ihren Sohn an: 1892 geboren, erkrankte im Alter von sechs Jahren an schwerer Angina mit komplizierender Mittelohrentzündung. Machte vier Volksschulklassen, lernte gut und leicht. Beschäftigte sich später auf der Landwirtschaft. Litt von Zeit zu Zeit an heftigen Kopfschmerzen von den Ohren ausgehend, hatte immer wieder Ohrenfluß. War sehr heftigen, aufbrausenden, jähzornigen Charakters, litt aber nie an Anfällen, war auch nie geisteskrank. Kein Trinker. Der Vater leidet an Bronchitis. Alle Geschwister gesund. Eine Cousine der Mutter befindet sich in einer Irrenanstalt in Italien.

„Eine epileptische Seelenstörung dürfen wir nur diagnostizieren, wenn wir eine epileptische Grundlage nachgewiesen haben. Eine epileptische Grundlage ist mit dem Nachweise der epileptischen Krampfanfälle oder mit dem Nachweis epileptoider Zeichen gegeben." (Cramer: Lehrbuch.) Die epileptoiden Zeichen: Krampfanfallsäquivalente und die epileptische Charakterdegeneration allein erlauben jedoch die Diagnose Epilepsie nur dann, wenn sie in typischer Weise ausgebildet und keine Zweifel hinsichtlich ihrer Natur möglich sind. Sind diese Äquivalente nicht typisch, oder erwecken sie aus sonst einem Grunde Zweifel an ihrer nosologischen Stellung, so ist zwecks Stellung der Diagnose Epilepsie der Nachweis zumindest eines echten epileptischen Krampfanfalles notwendig. Widersprechen



aber die psychotischen Erscheinungen, die ein Kranker bietet, allen klinischen Erfahrungen hinsichtlich der epileptischen Geistesstörung, so muß diese Diagnose auch dann abgelehnt werden, wenn epileptische Anfälle einwandfrei festgestellt worden sind und es muß an eine anderweitige Störung bei gleichzeitiger Epilepsie gedacht werden. Das psychische Bild, das der Kranke in hiesiger Beobachtung geboten hat, entspricht nicht dem klinischen Bilde der epileptischen Geistesstörung und hat mit dieser nicht das mindeste gemein. Gesetzt den Fall, die Psychose des Mannes wäre echt, so wäre sie jedenfalls nicht eine solche, die auf einer epileptischen Grundlage erwachsen ist. Die Gründe, die uns zu dieser Behauptung berechtigen, sind in aller Kürze folgende: Abgesehen vom klinischen Gesamtbilde der Psychose unseres Kranken, das bezüglich seiner Symptomatologie viel näher den psychogenen Geistesstörungen als den epileptischen steht — wir erinnern nur an den stuporösen Mutazismus mit fast völligem Erlöschen aller geistigen Funktionen und an die langandauernde vollständige Desorientierung —, produzierte unser Kranker einen Schwachsinn, der mit der Epilepsie unter keinen Umständen in Einklang gebracht werden kann. Er war schwachsinnig genug, um zu sagen, das Jahr habe zehn Monate, seine Intelligenz reichte aber hin, um bei der Aufzählung der Monatsnamen genau zwei auszulassen. Er war nicht imstande, drei ihm vorgesprochene Zahlen unmittelbar nachher aus dem Gedächtnisse zu reproduzieren, war aber intelligent genug, um sofort den Sinn der Frage zu erfassen und agil genug, um darauf einzugehen. Er rechnete die allereinfachsten Aufgaben falsch, war aber imstande, eine Summe Geldes prompt und rasch zusammenzuzählen. Er wußte, daß eine Kompagnie von einem Major, ein Regiment von einem Oberst kommandiert wird, wußte jedoch nicht, wie viel Tage ein Monat, wie viel Stunden ein Tag hat. Er konnte von einer Uhr die Zeit einmal nicht, dann wieder konnte er sie ablesen, war aber attent genug, um zu versichern, daß er das stets gekonnt habe. Er wußte nicht, wie viel Finger er auf seinen beiden Händen hat, schrieb aber Ziffern in der Spiegelschrift. Zeitweise wußte er nichts vom Krieg, ja nicht einmal, daß er selbst Soldat ist, und daß wir überhaupt im Kriegszustande sind. Auf Grund dieses Schwachsinnbefundes allein müßte die Diagnose epileptische Geistesstörung selbst dann abgelehnt werden, wenn echte epileptische Anfälle einwandfrei festgestellt worden wären. Dies jedoch war nicht der Fall. Die

Krankheitsgeschichte der Irrenanstalt spricht allerdings von Krampfanfällen, die beim Kranken beobachtet worden sind, aber diese Beobachtungen scheinen sämtlich vom Pflegepersonal zu stammen. Von einer wenigstens kann das mit Sicherheit gesagt werden, wo es heißt: dabei soll Bewußtlosigkeit bestanden haben. Ein Anfall wurde allerdings ärztlich beobachtet, und zwar in hiesiger Beobachtung, und dieser war nicht epileptisch.

Der gemachte Anfall unterscheidet sich vom echten epileptischen durch alle jene Momente, welche den hysterischen als solchen charakterisieren, minus die bereits erwähnten Unterschiedsmerkmale zwischen den letzteren und ersteren. Um diese Unterschiedsmerkmale steht der willkürlich produzierte Anfall dem epileptischen näher als der hysterische, er steht gleichsam symptomatologisch zwischen diesen beiden. Das liegt, ganz abgesehen davon, daß der simulierte Anfall stets die Epilepsie und niemals die Hysterie zum Zielpunkt hat, in seiner bereits oben besprochenen Symptomatologie, seiner Plumpheit, monotonen Ungeziertheit und Symptomenarmut, begründet. Daß er jedoch trotz alledem näher dem hysterischen als dem epileptischen Anfall steht, hat wiederum seinen Grund in jenen Mechanismen, die das bewußte Seelenleben so gut wie das unterbewußte beherrschen.

Sowohl der hysterische als auch der gemachte Krampfanfall werden von dem Wunsche getragen, ins Unbewußte unterzutauchen, um den Drangsalen des Bewußtseins zu entgehen. Die Epilepsie hingegen ist wunsch- und tendenzlos. Wenn sich somit der epileptische und der hysterische Anfall symptomatologisch einander nähern, so geschieht das im wesentlichen in der Weise, daß die Hysterie immer mehr epileptische Züge annimmt. Die Epilepsie in ihrer urwüchsigen Starrheit hat demgegenüber keine großen Variationsmöglichkeiten und erscheint diesbezüglich der Hysterie gegenüber als etwas Monumentales. In ihrer brutalen Urwüchsigkeit ist sie allerdings so wenig für die alles nachahmende Hysterie, wie für die alles versuchende Willkür nachahmbar. Der typisch-epileptische Anfall kann meines Erachtens weder bewußt noch unbewußt nachgemacht werden. Sprechen auch alle Umstände für Hysterie, so darf man einen symptomatologisch-typisch-epileptischen Anfall in keinem Falle für hysterisch erklären. Umgekehrt wiederum spricht ein typisch-hysterischer Anfall wegen der symptomatologischen Starrheit der Epilepsie auch dann für echte Hysterie, wenn alle übrigen



Umstände für Epilepsie sprechen, es sei denn, man sei gezwungen, beides anzunehmen. Mit anderen Worten: Die vollentwickelten Anfälle sind stets entscheidend für die Diagnosen. Wo jedoch die Anfälle nicht in typischer Entwicklung in Erscheinung treten, gilt die Regel, daß man, weil einerseits die Hysterie die Epilepsie nachzuahmen trachtet und andrerseits die Epilepsie nur wenig variiert, beim Fehlen sonstiger zwingender Gründe mit der Diagnose Epilepsie zurückhaltend sein muß. Es werden meiner Meinung viel mehr Hysterien fälschlich für Epilepsie gehalten als umgekehrt.

Da in unserem Falle die übrigen Umstände für eine psychogene Störung sprachen und der eine sicher beobachtete Anfall nicht typisch-epileptisch war, wurde die Diagnose der Irrenanstalt Fh. als unhaltbar fallen gelassen und Hysterie nebst Simulation in Betracht gezogen. Daß wir uns für diese letztere entschieden haben, waren dieselben Gründe maßgebend wie im Fall Nr. 12. Dem „Kranken“ selbst fehlte der Glaube an seine Krankheit, für uns ein zureichender Grund, auch unsererseits nicht daran zu glauben. Wie im Falle Nr. 12 drückte sich dieses Nichtglauben auch hier darin aus, daß der „Kranke“ zielbewußt Unwahrheit sprach, um Krankheitssymptome glaubwürdig zu machen, die objektiv nicht vorhanden waren. Bewußte Irreführung ist aber Verstellung. An dieser Tatsache ändert auch die allfällige Möglichkeit nichts, daß gewisse Züge des Krankheitsbildes im Laufe der Zeit sich psychogen verankerten und in echte übergingen, denn bis zu einem gewissen Grade ist jede Simulation ein unentwirrbares Durcheinander von Willkürlichkeiten und psychogenen Zutaten. Entscheidend ist die ursprüngliche Willensdisposition, die der ganzen Entwicklung des Krankheitsbildes zugrunde liegt und ihren Grundton abgibt. Es ist eine wesentlich andere Sache, ob ein Simulant psychogen psychotisch wird oder ob ein psychogen Psychotischer dazu noch simuliert und aggraviert. Im übrigen lehrt uns auch dieser Fall wieder, daß Krampfanfälle kein brauchbares Instrument der Verstellung darstellen und, wo sie vorkommen, keinen wesentlichen Bestandteil des ganzen Krankheitsaufbaues ausmachen. Unser Fall F. würde an seiner charakteristischen Physiognomie durch den Fortfall der Anfälle nicht das geringste verlieren. Diese Feststellung ist insofern wichtig, als sie uns erlaubt, den Satz aufzustellen, daß da, wo Anfälle allein, ohne andere Symptome, das Krankheitsfeld längere Zeit hindurch beherrschen, diese Anfälle wohl stets als echt anzusprechen sind.



Damit will natürlich nicht gesagt sein, daß gemachte Anfälle eine Seltenheit sind, im Gegenteil, man sieht sie recht häufig, jedoch fast stets als episodenhafte, mißglückte Versuche, die alsbald als aussichtslos aufgegeben werden. Als solche bestätigen sie aber nur unsere Regel. Als Beispiel dient der

Fall 26. M. J, Infanterist, 18 Jahre alt, assentiert 1918, wird am 11./2. 1918 auf der Tragbahre zur Aufnahme gebracht. Liegt zunächst mit geschlossenen Augen regungslos da. Angerührt beginnt er heftig zu schreien und unartikulierte Laute auszustoßen; fletscht die Zähne, ballt die Fäuste. verdreht die Augen, wälzt sich auf dem Boden. Unter kalte Dusche gebracht, hört der Anfall sofort auf, der Mann versucht sich mit allen Mitteln dem Wasserstrahle zu entziehen, ins Bett gebracht, beginnt er vom neuen, will nicht stehen können, läßt sich fallen, wälzt sich herum. Bekommt Apomorphin. Am 12. 2. vormittags unterhält er sich ganz geordnet mit seinen Zimmerkameraden, beginnt jedoch, als der Arzt ins Zimmer tritt, sofort wieder mit seinem Spiel. Bekommt abermals Apomorphin. Am Nachmittage lenkt er ein, bittet den Arzt um Verzeihung, erklärt, er werde nie mehr versuchen Geisteskrankheit zu simulieren.

Bei länger dauernder Simulation von Geistesstörung mit Krampfanfällen ist bezeichnenderweise diese Geistesstörung fast niemals ein einfacher, unkomplizierter Schwachsinn, eine so große Rolle dieser auch sonst in der Symptomatologie vorgetäuschter psychischer Alteration spielt und der Mehrzahl der Fälle ihre monotone Färbung gibt. In dieser Hinsicht sind die Anfälle in ihrer komplikatorischen Bedeutung den Ausfallserscheinungen, wie wir solche in der Schwerhörigkeit und Taubheit kennen gelernt haben, gerade entgegengesetzt.

Das ist verständlich und aus unseren obigen Ausführungen leicht begreiflich. Wie die Taubheit als indolente Passivität mit Agitation unverträglich ist, so der Anfall als der Ausdruck überschüssiger Kraft mit der passiven Indolenz. Es widerstrebt dem Laienempfinden, diese beiden Zustände zusammenzubringen und sie in einem Bilde zu vereinigen, weil es seiner ganzen seelischen Eigenerfahrung widerspricht, die Agitation, sei es als Ursache, sei es als Folge passiver Schwäche zu sehen. Und so sehen wir denn in solchen Fällen neben gelegentlichen Erregungszuständen den aktiven Stupor dominieren, einen psychischen Zustand, der nach außen hin als Akinese imponiert, seinem innersten Wesen nach jedoch eine ausgesprochene Parakinese darstellt.



Während nun bei den unter Krampfanfällen einhergehenden vorgetäuschten psychischen Störungen in der Regel keine ernstlichen Zweifel bezüglich ihres simulativen Charakters obzuwalten pflegen, indem die den Krampfanfall begleitenden Psychosen einerseits fast immer Züge annehmen, die dem epileptischen Irresein ganz fremd sind, und andrerseits auch ihre „hysterische" Unechtheit aus ihrer widerspruchsvollen Symptomatologie sich erweisen läßt, trifft man gelegentlich auf Krankheitsbilder, die von den bisher besprochenen gänzlich abweichen, jedoch gleichfalls in keiner der bekannten Gruppen der psychischen Krankheitsformen untergebracht werden können und außerdem gleichfalls unter Umständen zum Ausbruch gelangen, die ihre Echtheit ernstlich zweifelhaft erscheinen lassen.

Unter einigen tausend Fällen, die im Laufe von zwei Jahren auf der hiesigen Abteilung zur Aufnahme gelangten, fielen mir zwei durch ihre eigentümlich unechte, übertrieben melancholisch-mißmutig hypochondrische Färbung auf, bei beiden Fällen sprachen die auslösenden Momente für eine simulativ-psychogene Grundlage und bei beiden spielten epileptoid gefärbte Ausnahmszustände eine gewisse Rolle.

Fall 27. N. J., 43 Jahre alt, Bauer, ledig, assentiert 1915. Aufgenommen 8./5., entlassen 9./7. 1917. Am 2./5. 1917 entfernte sich N. gelegentlich eines Dienstganges von der Truppenunterkunft und kehrte erst nach vier Tagen wieder zurück. Die Ursache könnte darin zu finden sein, daß er, da er in eine marschbereite Hinterlandsformation eingeteilt war, Furcht hatte, von Graz wegzukommen. Da andrerseits Verdacht auf Geistesstörung vorlag und sich N. bei einer ähnlichen früheren Gelegenheit ebenso benommen hatte, indem er verschwand und nachträglich sich an nichts erinnern konnte, wurde seine Beobachtung auf der hiesigen Abteilung angeordnet.

In den ersten Wochen war der „Kranke" bei mißmutig-deprimierter, wehleidig-klaghafter Stimmung hochgradig ablehnend und zeitweise kaum zugänglich. Er spann sich von Tag zu Tag mehr ein, lag tagaus tagein im Bett, hielt die Augen geschlossen, bohrte mit dem Kopf in die Kissen, hatte ständig ein Tuch um seine Stirne gewickelt, jammerte und stöhnte schwächlich, wenn man sich mit ihm in Rapport setzen wollte. Er machte ein ungemein trübseliges, verzweifeltes, jammervolles Gesicht, schloß sich von aller Gemeinschaft ab, gab sich, als drückte ihn ein schweres Herzleid. Eigentlich depressive Ideen äußerte er jedoch niemals, sprach nie von Angst, nie von Selbstversündigung, war nie ratlos, schlief nachts gut und nahm körperlich nicht ab. Zum Aufstehen gezwungen, begann er schwächlich zu weinen, rührte sich kaum, saß energielos, die Hände in den Schoß gelegt, den Blick zu Boden gerichtet, das Gesicht in mißmutige Falten ge-



legt stundenlang am Bettrand und benützte die erstbeste Gelegenheit, um sich wieder niederzulegen. Auf Zureden reagierte er mit schwacher wimmernder Stimme, stets über heftige Schmerzen im Kopf und im Rücken klagend, ohne daß objektiv etwas nachweisbar wäre. Wiederholte Augenspiegelungen ergaben stets negativen Befund. Neurologisch war gleichfalls nichts Pathologisches zu finden.

Bei den gelegentlichen Explorationen starrte er wie gedankenverloren vor sich hin, zeigte ein jammervolles, tief unglückliches Gesicht, hielt den Kopf gesenkt, die Augen halb geschlossen. Angeredet, sprach er mit gebrochener, ersterbender Stimme. Ab und zu ließ er aber einen schnellen flüchtigen Blick unter der Stirne hervor über seine Umgebung schweifen, als wie wenn er sich über die Situation orientieren wollte. Auf Fragen nach seinem Befinden. erklärte er mit Vorliebe, er wisse selbst nicht, was mit ihm los sei. Er fühle sich krank. In der Folge ließ die klaghafte Schlaffheit etwas nach und der Mann lag bei den Visiten meist mit dem Kopf unter der Bettdecke versteckt. Allerdings bot er dieses Verhalten vornehmlich, wenn er Ärzte in der Nähe wußte oder wenn er die Visite erwartete. Glaubte er sich vor Überraschungen sicher, so unterhielt er sich mit seinen Kameraden. In Gegenwart der Ärzte war er jetzt zwar ruhig, nicht mehr jammernd und seufzend, dafür aber hochgradig schlaff und energielos. Er klagte dem Arzt gegenüber ständig über Kopfschmerzen und allerlei sonstige Beschwerden: er habe, wenn er den Kopf bewege, Stechen im ganzen Körper, er könne nicht gerade gehen, müsse auf den Boden schauen, um nicht das Gleichgewicht zu verlieren. Auf der ganzen linken Seite habe er ein Gefühl des Ameisenlaufens, auch leide er an Kreuzschmerzen. Zeitweise habe er gar kein Gefühl in den Händen, könne die Schreibfeder nicht halten. Jede Kleinigkeit rege ihn auf, er schlafe sehr schlecht, habe unruhige Träume, schrecke nachts auf und schwitze stark. Er habe Lust zur Arbeit, könne aber wegen seines Zustandes nichts arbeiten. Es sei ihm „alleweil so schlecht im Kopf".

Er wisse nicht, wann, warum und unter welchen Umständen er sich von seinem Truppenkörper entfernt habe. Er sei erst, als er wieder beim Kader war, zu sich gekommen. Es sei ihm vorher schon längere Zeit schlecht gewesen, so übel im Kopf, er habe nicht gewußt, was er mache, wo er hingehe, er sei wie verloren gewesen. Er habe nichts Böses gemacht. Wie lange er weggewesen, wo er sich in dieser Zeit aufgehalten, wo geschlafen, wo gegessen, das alles wisse er nicht. Solche Zustände habe er seit dem Jahre 1915. Er sei damals Wärter in einem Spital gewesen und habe von einem Kranken, der davongehen wollte, einen Schlag über den Kopf mit einem Eisenstück bekommen. Er fiel zu Boden und konnte sich eine ganze Weile nicht erheben, doch habe er sich nicht krank gemeldet und überhaupt keine Meldung darüber erstattet. Im Januar 1916 habe ihn dann die Krankheit „gepackt". Eines Tages fiel er plötzlich um und blieb einige Tage liegen. Eine Zeitlang war er ganz bewußtlos, konnte sich nachher nicht erheben, war wie betäubt. Der Arzt ließ ihn liegen, ohne ihm eine Medizin zu verschreiben. In der Folge habe er wiederholt solche Anfälle gehabt. Plötz-



lich werde ihm so eigentümlich im Kopfe, über den Körper fühle er ein Ameisenlaufen, dann müsse er sehen, daß er sich schnell wohin niedersetze, um nicht umzufallen. Es werde ihm ganz schwarz vor den Augen. Der Zustand dauere einen halben bis ganzen Tag. In diesem Zustand wisse er nicht, was er tue. Früher sei er immer vollkommen gesund gewesen.

Somatisch: Groß, hager, etwas abgemagert. Schädel angeblich klopfempfindlich, links mehr als rechts, doch ist eine Pupillenerweiterung dabei nicht nachweisbar. Pupillen reagieren, Augenbewegungen frei, Augenhintergrund normal. Hirnnerven ohne pathologischen Befund. Gaumeninnervation intakt. Obere Extremitäten funktionell und trophisch intakt. (Keine Ataxie, kein Tremor, Reflexe vorhanden.) Kniesehnenreflexe in normaler Stärke. Babinski negativ. Romberg negativ. Keine Störungen seitens der Sensibilität.

Als der Zustand nach fast zwei monatiger Beobachtung keine Tendenz zur Besserung zeigte, wurde dem Manne eines Tages erklärt, daß man nun genug von seiner „Hysterie" habe und daß er seinen Dienst jetzt wieder aufnehmen müsse, wenn er einer Strafanzeige wegen Marodierens aus dem Wege gehen wolle. Der Mann wurde tatsächlich ohne weiteres als diensttauglich seinem Truppenkörper mit der Weisung überstellt, auf seine Beschwerden nicht einzugehen und ihn streng zum Diensthalten zu verhalten. Er meldete sich sofort wieder marod, nahm aber, als er vom Arzte brüsk abgewiesen wurde, seinen Dienst auf, den er jetzt noch, nach einem Jahre, anstandslos versieht.

Fall 28. Z. A., 38 Jahre alt, Bauer, ledig, assentiert 1910. Aufgenommen 19./3., entlassen 22./5. 1918. Der Mann, der aus irgend einem Grunde (nicht krankheitshalber) vom Militärdienste enthoben war, wurde anfangs März 1918 wieder einberufen. Er bewarb sich zunächst mit Eifer um eine neuerliche Enthebung und benahm sich, solange die Angelegenheit ihrer Entscheidung harrte, vollkommen ruhig und durchaus normal. Als aber die Entscheidung eintraf, daß seinem Ersuchen keine Folge gegeben werden könne, wurde er plötzlich „geistesgestört" und mußte der hiesigen Abteilung überstellt werden. Angeblich soll er sich seinen Kameraden gegenüber dahin geäußert haben, daß er seine Enthebung doch noch erzwingen werde.

Bei der Aufnahme im „psychogenen Verwirrtheitszustande", spricht immerzu von seinen Pferden, die er einspannen wolle, stellt sich auf das Unterhaltungsthema gar nicht ein, macht einen „künstlich" verstörten Eindruck.

Tagsdarauf bereits frei und ansprechbar, erklärt, er sei gestern ganz verwirrt gewesen, er hätte gar nicht einzurücken brauchen, weil er ohnehin wieder enthoben werde, er habe übrigens zu Hause noch einige Geschäfte zu besorgen.

In der nun folgenden Beobachtungszeit, die fast zwei Monate dauerte, bot der Kranke ein sich rasch bis zur vollen Höhe entwickelndes Bild hochgradiger passiver Willensschwäche und Initiativelosigkeit.

Er ließ sich schieben und drängen, lag am liebsten zu Bett, gab mit matter, schwacher Stimme mühsam und nur widerwillig einige Auskunft,

klagte über allerlei Beschwerden: fühle sich ganz matt, sei ganz wirr im Kopf, sei zu keiner Arbeit fähig, man möge ihn nach Hause entlassen. Zum Aufstehen gezwungen, saß er den ganzen Tag auf dem Bettrand, ließ die Hände auf dem Schoß liegen, blickte stumpf vor sich hin und machte ein trübseliges Gesicht. Ungemein schlaff, dämmerte er so dahin, war nicht zu bewegen, sich irgendwie nützlich zu machen, benützte die erstbeste Gelegenheit, um sich wieder niederzulegen. Von Zeit zu Zeit geriet er in Aufregung und schimpfte dann auf die Pfleger und über das Essen, erklärte aber nachher stets, er könne nichts dafür, er sei krank, nicht klar im Kopf.

Von Mitte April ab nahmen diese gelegentlichen Aufregungen einen anfallsartigen Charakter an und kehrten in regelmäßigen Perioden von zwei bis drei Tagen in den späten Nachmittagsstunden wieder. Diese eigenartigen Ausnahmszustände, die jedesmal einige Minuten bis zu einer Viertelstunde dauerten, glichen vollkommen einer dem anderen und erweckten dadurch den Eindruck des Unechten, Gemachten.

Der Mann beginnt, auf dem Bettrand sitzend, plötzlich vor sich hin zu schimpfen: „Es ist eine Schweinerei, man gibt mir hier nichts zu trinken, kein Bier, keinen Wein, keinen Schnaps, es ist eine Schweinerei, nichts gibt man mir, keinen Wein, keinen Schnaps, gar nichts gibt man mir, gar nichts, es ist eine Schweinerei“ usf. immer in denselben Redewendungen. Dabei fuchtelt der Mann mit den Händen vor sich, als wollte er seinen Worten mehr Nachdruck verschaffen. Angeredet, reagiert er in keiner Weise und läßt sich durch nichts in seiner monotonen Schimpferei stören. Er blickt vor sich hin und vermeidet den Arzt anzublicken, auch wenn man ihm den Kopf hoch hebt. Dringt man in ihn, so nimmt seine Schimpferei eher zu als ab und man hat die Empfindung, als hätte der Kranke Mühe sich nicht in seinem Redeschwall stören zu lassen. Dabei sind die Pupillen etwas weit, reagieren aber auf Licht prompt, Puls ist beschleunigt, die Kniesehnenreflexe gesteigert. Nach einiger Zeit hört der Mann plötzlich mit seiner Schimpferei auf und legt sich nieder, nachdem er auf der Mauer mit der Hand einige streichende Bewegungen gemacht hat.

Tagsdarauf will er nicht die geringste Erinnerung an den Anfall haben. In letzter Zeit kamen die Anfälle fast regelmäßig jeden zweiten Tag gegen halb 8 Uhr abends. Am 20./5., mitten im Anfall unter kalte Dusche gesetzt, versuchte der „Kranke“ zunächst zielstrebig dem Wasserstrahle sich zu entziehen, blieb aber dann ruhig, stark nach vornüber geneigt, stehen, zitterte heftig, war aber nicht dazu zu bringen, seinen Platz zu wechseln. Nachher nach seinem Namen gefragt, gab er ihn nach einigem Drängen an. Erklärte den Oberarzt für einen Korporal, den Regimentsarzt für einen Zugsführer! Erklärte später, schon im Bett liegend, er befinde sich zu Hause. Wollte auf die Frage $? = 2 + 2$ lange nicht eingehen, antwortete aber schließlich doch und sagte: „Drei.“

Während des ganzen Anfalles und später noch im Bett vermied er hartnäckig, den Arzt anzublicken, senkte, wenn man ihm das Kinn hoch hob, den Blick oder schloß er die Augen.

Im Bad, nach der kalten Dusche, gab er sich ganz hilflos, war schein-



bar nicht imstande das Hemd anzuziehen, wußte damit nichts Rechtes anzufangen, ging aber von selbst, trippelnden Schrittes, vornübergeneigt auf sein Zimmer und setzte sich auf den Bettrand, wo er meist zu sitzen pflegt.

Wiederholte körperliche Untersuchungen ergaben stets völlig negativen Befund. — Laut Aussage seiner Angehörigen ist Z. ein gewalttätiger roher Säufer, der seine Familie brutalisiert, laut Aussage seiner Kameraden ist er ein fauler, dienstunlustiger Soldat, der womöglich immer im Wirtshaus sitzt.

So sehr die beiden besprochenen Fälle in einer bestimmten Phase ihrer Entwicklung den Bildern, die wir beim manisch-depressiven Irresein zu sehen gewohnt sind, ähneln, tragen sie doch beim näheren Zusehen und bei Berücksichtigung ihres Gesamtverlaufes Züge, die dieser Krankheitsform ganz fremd sind. Abgesehen davon, daß eigentliche depressive Ideengänge nie nachweisbar waren und es sich auch auf affektivem Gebiete weniger um ängstlich traurige Verstimmungen als um Insuffizienzzustände ohne nennenswerte innerliche Hemmungen handelte, war der Beginn der Erkrankung in beiden Fällen so offensichtlich psychogen eingeleitet und so sehr durch äußere Momente bestimmt, daß diagnostisch nur eine hysterisch-psychogene Störung in Betracht gezogen werden konnte. Und tatsächlich decken sich die beiden Krankheitsbilder noch am besten mit hysterischen Verstimmungszuständen, wenn es gelingt, die bewußte Simulation mit Sicherheit auszuschließen. Dies letztere ist nun aber nicht der Fall; im Gegenteil. Nehmen wir zunächst den ersten Fall.

Im Anschluß an ein angeblich schweres Kopftrauma entwickeln sich angebliche Dämmerzustände epileptoiden Charakters ohne hysterische Züge. Diese Ausnahmszustände, die niemals ärztlich beobachtet wurden und objektiv durch nichts erwiesen sind, erscheinen zu wiederholten Malen als Entschuldigungsgründe für psychologisch ganz durchsichtige militärische Vergehen, kehren in der nun folgenden Beobachtung des Kranken nicht wieder, dafür etabliert sich an ihrer Stelle ein psychotischer Dauerzustand von hysterisch-psychogener Färbung.

In diesem Tatbestande liegt ein Widerspruch. Entweder leidet der Mann tatsächlich an posttraumatischen Dämmerzuständen epileptoiden Charakters —, dann ist sein Dauerverhalten daraus nicht erklärbar, oder aber ist dieser Dauerzustand echt —, dann kann er wieder nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit jenen Dämmerzuständen gebracht werden, die dadurch ihrerseits ganz fraglich



werden. Da aber der Dauerzustand als in tatsächlich ursächlichem Zusammenhange mit den angeblichen posttraumatischen Epi-Äquivalenten stehend in Erscheinung tritt, muß einer dieser beiden Faktoren unecht sein. Nun ist aber nicht nur der Dämmerzustand nicht erwiesen, sondern auch der sich an diesen anschließende Dauerzustand in seiner Symptomatologie der tatsächlichen Erfahrung widersprechend, ein Grund mehr, an der Echtheit beider zu zweifeln. Eine hysterische Psychose nach einem echten epileptoiden Dämmerzustand, unter psychologisch höchst bedenklichen auslösenden Momenten —, ist eine Annahme, die nur dann berechtigt wäre, wenn alle anderen Erklärungsmöglichkeiten versagten. Eine solche Erklärungsmöglichkeit ist aber ohne Frage in der Annahme einer Simulation gegeben. Die einzige Schwierigkeit: die ungewöhnlich starre Konsequenz des Krankheitsbildes bei verhältnismäßig langer Dauer —, findet in der Tatsache ihre Erklärung, daß ursprünglich gewollte, willkürliche Willensäußerungen sich psychologisch verankern und schließlich echt hysterisch werden können.

Der zweite Fall ist noch durchsichtiger.

Auf die Notwendigkeit, nach längerer Enthebung den ihm verhaßten militärischen Dienst wieder aufnehmen zu müssen, reagiert der übel beleumundete Mann durch eine „psychogene Verwirrtheit“, die in der Beobachtung rasch abklingt, um einem psychotischen Dauerzustande von hysterischer Färbung Platz zu machen. Aus diesem hysterischen Dauerzustand schießen nun in kurzen Perioden kurzdauernde Dämmerzustände hervor, die ihrerseits nichts Hysterisches an sich haben und auch mit der Epilepsie keine symptomatologische Verwandtschaft zeigen. Diese Dämmeranfälle können meines Erachtens nur als simulierte zureichend gedeutet werden, erhellen aber dann in dieser ihrer Deutung auch das übrige, sonst unklare Krankheitsbild genügend. Aber angenommen, diese kurzen Absenzen wären epileptischer Natur, so stünde das übrige Krankheitsbild damit im Widerspruch, insbesondere die initiale, zweifellos psychogen ausgelöste Verwirrtheit. Sie für hysterisch zu halten, geht aber andrerseits wegen ihres so überaus periodischen und durch nichts motivierten Auftretens und ihrer monotonen, affektarmen Symptomatologie nicht an.

Die Konsequenz des Krankheitsbildes mag wie im vorigen Falle durch die psychogene Verankerung, durch das sogenannte „Sicheinspinnen“ bedingt sein. Diese Fixierung auf Grundlage des

„Sicheinspinnens“ ist bei der Diagnosenstellung Simulation vollkommen irrelevant. Ein Lügner, der schließlich seinen Lügen selbst glaubt und sie im guten Glauben vorbringt, hört deswegen nicht auf ein Lügner zu sein, und ein Betrüger, der sich im Laufe der Zeit zu der Überzeugung durchgedrungen hat, ein ehrlicher Mensch zu sein, bleibt trotzdem ein Betrüger, so wie ein Heuchler Heuchler bleibt, auch wenn er selbst an die Aufrichtigkeit seiner Gefühle glaubt. Entscheidend und maßgebend ist immer die ursprüngliche Tendenz. Eine scharfe Grenze zwischen Simulation und psychogen-krankhafter Einstellung ist eben nicht zu ziehen und es hieße das tatsächliche Vorkommen von Simulation überhaupt bestreiten, wollte man jeden hysterischen Einschlag im Bilde einer Simulation als einen Beweis gegen die Simulation gewürdigt wissen.

Als Beispiel einer Übergangsform zwischen diesen (zuletzt beschriebenen) irregulären und jenen regulären Simulationsformen möge der nachfolgende Fall dienen:

Fall 29. D. M., Infanterist, 32 Jahre alt, verheiratet, Bauer. Aufgenommen 23./5., entlassen 2./6. 1918. Wurde ohne Ausweispapiere aufgegriffen und verhaftet. Vermutlicher Deserteur. Bei der Aufnahme in leicht gedrückter Stimmung, spricht um die Sache herum, will nicht wissen, warum man ihn hieher überstellt habe. In den folgenden Tagen ruhig und geordnet, lag immer im Bett, klagte bei den Visiten über heftige Kopfschmerzen, zuckte, wenn man seinen Hinterkopf berührte, übertrieben schmerzlich zusammen, schrie auf und stöhnte. Gelegentlich begann er irre Reden zu führen, wobei er aber an seine angeblichen Kopfschmerzen vergaß und sich reaktionslos den Kopf abtasten ließ. Mußte er durch den Gang auf den Abort, so ging er tänzelnden Schrittes, hüpfte nach Art der Balettänzerinnen und griff dazwischen wie geistesabwesend mit den Fingern auf den Mauern herum.

Am 1. Juni exploriert, bot er folgendes Bild:

Auf dem Wege ins Untersuchungszimmer machte er nach je paar Schritten einen hüpfenden Sprung in die Luft, ohne dabei ein Wort zu äußern oder sonst in seinem Benehmen auffällig zu werden. Im Untersuchungszimmer nimmt er ruhig Platz und beginnt gespannt auf die Mauer, wo sich ein anatomisches Bild befindet, zu starren. Murmelt etwas vor sich hin und gestikuliert dabei mit den Händen, als unterhielte er sich mit sich selbst. Bei der körperlichen Untersuchung auf den Hinterkopf gefaßt und etwas gedrückt, schreit er heftig auf, erhebt wie zum Schutze seine Arme über den Kopf, wirft sich dann zu Boden und beginnt wie von Krämpfen befallen mit den Beinen zu zappeln und vor sich hin zu wimmern. Auf die Beine gestellt, schaut er verstört um sich, als wüßte er nicht, was mit ihm los sei. Nimmt dann wieder Platz und bleibt in sich zusammengesunken sitzen. Nach einer Weile fängt er wieder mit seiner Selbstunterhaltung an, wackelt verneinend mit dem Kopf, zuckt mit den Achseln, gestikuliert mit den Händen,

spricht vor sich hin, kann sich aber nicht beherrschen, sich gelegentlich umzublicken, wo ein Schwachsinniger exploriert wird, ohne sich im übrigen um den Arzt im geringsten zu kümmern. Angesprochen, wendet er sich ziemlich prompt dem Arzt zu, blickt ihn hilfeflehend an und gibt Auskunft: Sei Bauer von Beruf, verheiratet, 32 Jahre alt, habe zwei Knaben (nennt ihre Namen) Wie seine Frau mit dem Mädchennamen geheißen habe, wisse er nicht genau. Er habe keine Schule besucht, jedoch zu Hause von seinem Vater etwas lesen und schreiben erlernt. Habe seinerzeit 2 Monate beim Militär gedient. Vor 9 Monaten eingerückt, war er bis jetzt immer beim Kader

Auf die Frage, wo man ihn aufgegriffen, will er nicht recht mit der Sprache heraus, weicht aus, beginnt klagend davon zu sprechen, daß seine Kinder Hunger leiden, daß er ihnen etwas Mais habe kaufen wollen, redet sich in eine wehmütige Stimmung hinein, erzählt jammernd, daß man ihm all sein Hab und Gut, den Koffer, das Geld, die Uhr, den gekauften Mais weggenommen habe, versinkt dann in Gedanken, macht allerlei Gesten mit dem Kopf, beginnt mit den Beinen klappernd zu zittern und vor sich hin zu flüstern. Sehr häufig macht er die Bewegung des Fliegenfangens mit der Hand. Versichert, nicht zu wissen, wie, wann und warum er seine Truppe verlassen. Einer Intelligenzprüfung unterzogen, produziert er einen in sich widerspruchsvollen Schwachsinn: rechnet $4+3=8$, $4+4=12$, $5-3=4$. Zählt bis sieben richtig, dann wie folgt: 7, 9, 11, 14, 18, 20. Drei ihm vorgesagte einstellige Zahlen sagt er zunächst richtig nach, macht aber, deswegen belobt, bei einem neuerlichen Versuch grobe Fehlreaktionen, reproduziert: 4, 0, 9 mit 4, 11, 8. Die Woche habe 4 Tage, das Jahr 9 Monate. Auf einer Hand seien fünf Finger, auf beiden zusammen acht. Der „Kranke“ kann von einer Taschenuhr nicht die Zeit ablesen, ratet in den blauen Tag hinein. Benennt aus einem Bilderbuch die alltäglichsten Gegenstände falsch oder erklärt, sie nicht zu kennen oder sie nie gesehen zu haben. Erklärt einen Hammer für einen Ziegenkopf, eine Zange für eine Schere, erkennt weder eine Trompete noch einen Stiefel, noch eine Zündholzschachtel. Kennt die Geldsorten nicht, gibt das gegenwärtige Jahr mit 1915 an, erklärt, nicht zu wissen, ob wir Sommer oder Winter haben, blickt auf die Frage, ob draußen Schnee liege, durchs Fenster und zuckt mit den Achseln. Dabei attent, faßt gut auf.

Somatisch: Mittelgroß, grazil gebaut. Für sein Alter frühzeitig gealtert (kahlköpfig, graubärtig). Pupillen und Hirnnerven intakt. Reflexe funktionell gesteigert. Herzaktion arythmisch.

Schließlich möchte ich noch die Krankheitsgeschichte eines Falles bringen, der bis zu einem gewissen Grade alle bisher besprochenen Typen in sich vereinigt und eben durch die Massenhaftigkeit der Symptome und durch die Buntheit des Krankheitsbildes bei unbeeinflußbarer Konsequenz seines Verhaltens in seiner Beurteilung zweifelhaft wird.

Es handelt sich um einen schwer degenerierten, ethisch defekten, sexuell perversen, der Trunksucht ergebenen Artisten (Dameni mitator!)



der schon einmal in psychiatrischer Beobachtung gestanden hatte, weil er sich im Anschluß an eine ausgiebige Urlaubsüberschreitung seiner Kleider entledigte, anscheinend, um den Eindruck eines Geistesgestörten zu machen. Damals (März 1917) auf die hiesige Abteilung überstellt, bot er das typische Bild des verwirrten Deserteurs: verdrehte und rollte die Augen, starrte vor sich hin, äußerte sonderbare Ideen, lenkte aber bald wieder ein und gab dann geordnet Auskunft.

Im Folgenden bringe ich die weitere Krankheitsgeschichte des Falles.

Fall 30. Ch. F., Schneider und Artist, 34 Jahre alt, ledig, Infanterist, assentiert 1916. Aufgenommen am 16./3., entlassen 14./5. 1918. Ch. wurde am 12./3. in der Umgebung von Graz von einem Gendarmen angehalten und wegen Ausweislosigkeit verhaftet. Bei der Einvernahme gab er an, Kommandant eines nach Graz gehenden Transportes zu sein. Später sagte er, er habe in Graz seinen Transportkommandanten verloren, habe sich in der Stadt verirrt und sei nach H. gekommen. Auf eindringliches Befragen, ob er nicht ein Deserteur sei, wurde er erregt, ging auf den Gendarmen los und hieb mit der Hand gegen sein Gesicht, offenbar aus Ärger, weil ihn der Gendarm energisch verhalten hatte, ordentlich Auskunft zu geben. Er wurde überwältigt, wobei er fortgesetzt jammerte und nach dem Kaiser Karl rief. Auf die Hauptwache überstellt, sprach er immerzu vom Kaiser und ging unruhig im Zimmer auf und ab.

Am 16./3. kam er im hiesigen Spital zur Aufnahme. Laut Truppenbericht war er auf einer Fahrt nach Graz entwichen und habe sich in der Umgebung der Stadt herumgetrieben. Bei der Truppe galt er für schwachsinnig. Er war in der Schneiderei beschäftigt, arbeitete fleißig, führte aber gelegentlich sonderbare Reden, hielt Ansprachen an seine Kameraden, weigerte sich ein Gewehr in die Hand zu nehmen, führte Tänze auf und berichtete über sonderbare Erlebnisse.

In hiesiger Beobachtung benahm er sich übertrieben geziert, erklärte, eine elegante Dame zu sein, bat, man möge ihn abphotographieren oder abmalen, bot sich an, ein Lied zu singen, was er nach Art der Damenimitatoren auch tat. Gefragt, warum er seinem Begleitmann durchgegangen, versicherte er mit unschuldiger Miene, daß er sich nur verloren habe. Warum man ihn für ein Spital bestimmt hatte, wisse er nicht. Er sei nicht krank, auch nicht geisteskrank, habe aber fortwährend Musik in seinem Kopfe und müsse deswegen immer singen. Wenn er einen Herrn liebe, komme plötzlich ein Drang über ihn, sich auf seinen Geliebten zu stürzen. Sein Onkel sei geisteskrank gewesen und seine Schwester habe eines Tages erklärt, sie müsse sterben und sei dann tatsächlich gestorben.

In zeitlicher Beziehung war der Kranke orientiert, gab aber vor, sich in einem Kasino zu befinden. Sein Benehmen war eigentümlich süßlich theatralisch, kindisch läppisch, übertrieben geziert. Gelegentlich äußerte



er schamlos den Wunsch mit dem Arzt zusammen zu schlafen. Er war immer bereit, eine „canzonette“ zu singen. Dabei ging er in Theaterpose, Damenbewegungen imitierend und mit heiserer Fistelstimme singend. Gelegentlich wurde er onanierend betroffen. Dem Arzt gegenüber gab er sich kokett. gab zu verstehen, daß ihm dieser gefalle, machte verliebte Augen und verlegene Bewegungen mit den Händen.

Der Krankheitsgeschichte der Irrenanstalt Fh., wohin der Kranke am 20. 3. abgegeben wurde, ist zu entnehmen, daß er bei der Aufnahme ruhig und ansprechbar gewesen. Bezüglich seiner eigenmächtigen Entfernung machte er dieselben Angaben wie hier. Klagte über Kopfschmerzen und Schwindelgefühle, beklagte sich darüber, daß er in der Irrenanstalt zurückgehalten werde: er sei zwar nervös, aber nicht geisteskrank. Bat mit Tränen in den Augen, man möge ihn zum Theater gehen lassen. Warf sich plötzlich vor dem Arzt auf die Knie und bat um seine Entlassung, biß sich dabei in den Finger, schlug mit beiden Händen gegen seinen Kopf und mit dem Kopf gegen den Boden und rief: „Bringt mich um, gebt mir ein Messer!“ Beruhigte sich schnell und sang eine Kanzonette. Erzählte seine galanten Abenteuer mit jungen Herren aus der Zeit, als er noch als Damenimitator auf der Bühne auftrat. Meinte, daß er auch beim Militär sehr beliebt sei. Berichtete dann, daß er auch in Wien im Garn.-Spital gewesen und dort einen sehr schönen Arzt kennen gelernt habe. Seit der frühesten Jugend trage er gern Damenkleider. Nach dem Friedensschlusse werde er wieder als Sänger auftreten.

Vor dem Einschlafen spüre er immer in den Gelenken ein Zucken, wie wenn Elektrizität drinnen wäre, das komme vermutlich von den Nerven. Er höre immer Gesang und Musik in seinem Kopfe, höre auch zuweilen die Stimme seiner Mutter, welche ihn beim Namen rufe, zuweilen höre er auch eine Weckeruhr von der Wand her klappern und er sehe alles neblig und wenn er die Augen schließe, sehe er Sterne.

Er habe immer gern getrunken und mit 18 Jahren Lues akquiriert. Er habe die Absicht, sich in ein Bordell aufnehmen zu lassen.

Im übrigen benahm sich der Kranke geordnet, nestelte nur fortgesetzt etwas kokett an seinen Händen, griff sich viel nach dem Kopf, schaute aber den Arzt während des Examens nicht an. Seine Antworten erfolgten durchwegs prompt und kohärent. Befragt, ob er einen speziellen Wunsch habe, sagt er, er möchte nur immer mit feinen schönen Herren beisammen sein.

Sich selbst überlassen, war er ruhig und unauffällig, nahm aber bei den Visiten theatralische Stellungen ein, sagte, der Arzt sei ein schöner Mann, schrieb an den Kompagniekoch erotische Karten.

In der Folge ließ das theatralische Gebaren nach, namentlich, wenn sich der Mann nicht beobachtet glaubte; bei den Visiten und in Gegenwart des Arztes trat jedoch das Gekünstelte und Absichtliche seines Benehmens immer wieder hervor. Einmal behauptete er, er sei ein Weib oder doch ein Halbweib. Als ihm vorgehalten wurde, daß er dies nur sage, um vom Militär wegzukommen und daß er gar nicht geisteskrank sei, sagte er: „Warum habe ich aber dann Kopfschmerzen und höre ich Musik im Kopf?“



Am 26. 4. 1918 wurde der Kranke mit der Diagnose: „Psychopathie, Simulationsverdacht" zwecks gerichtsärztlicher Begutachtung neuerlich auf die hiesige Abteilung überstellt.

12./5.: Hat sich bisher ganz ruhig und unauffällig verhalten. Lag meist zu Bett, äußerte keine krankhaften Ideen, brachte keine Beschwerden vor, bot auch nicht das gewohnte geziert-theatralische Gebaren. Heute einer Exploration unterzogen, bot er folgendes Bild:

Sitzt steif da, blickt den Arzt nicht an, nestelt an seinen Kleidern, zupft an seinem Schnurrbart, greift sich gelegentlich auf den Kopf. Angesprochen gibt er willig Auskunft, spricht in süßlich manierierter Weise nach Art koketter Frauen, liebt gezierte Bewegungen, beginnt dann spontan davon zu sprechen, daß sein Truppenarzt ein schöner Herr sei und ihm sehr gut gefalle. Gefragt, warum er seinerzeit vom Transport entwichen sei, stellt er sich vollkommen ahnungslos, erklärt, davon nichts zu wissen, bestreitet, von der Gendarmerie verhaftet worden zu sein, bestreitet, damals den Wunsch geäußert zu haben, nach Wien zum Kaiser zu fahren. Spielt dabei mit seinen Händen, beschaut sie nach Art der Frauen wohlgefällig, gibt sich geziert, sagt, er sei ein schöner Mann, das habe auch ein General von ihm behauptet.

In eine geordnete Exploration läßt er sich nicht ein, weicht immer aus, kommt immer wieder auf das Thema von schönen Herren zu sprechen.

Einer Intelligenzprüfung unterzogen, produziert er auffällige intellektuelle Defekte, die mit seiner Schulbildung (Volks- und Bürgerschule) unvereinbar sind. Er rechnet: $2 + 3 = 4$, $6 + 2 = 7$, weiß nicht, wie viel Tage ein Monat hat, kennt nicht die Bezeichnungen für die vier Jahreszeiten, weiß nicht, wie seine Mutter mit dem Mädchennamen geheißen, kennt nicht sein Geburtsjahr, gibt das gegenwärtige Datum falsch an, erklärt, wir stünden mit Rußland und Deutschland im Kriege. Drei ihm langsam vorgesagte einstellige Zahlen gibt er, unmittelbar nachdem er sie gehört, falsch wieder, reproduziert 9, 2, 8 mit 9, 6, 8, sagt ganz unvermittelt, daß der Schnurrbart des Arztes zu kurz sei, ist offensichtlich bestrebt, die ihm unangenehme Intelligenzprüfung abzukürzen. Lügt vor, daß er nur drei Volksschulklassen absolviert habe. Auf die Frage, warum er bei Gericht erklärt habe, unschuldig zu sein, weil er zum Kaiser geschickt worden sei, bestreitet er, überhaupt bei Gericht vernommen worden zu sein, erklärt, nicht zu wissen, auf welche Weise seine Unterschrift auf das Protokoll gekommen sei. Bezeichnet sich für geistesgesund, jedoch für nervenkrank: habe Kopfschmerzen, schlafe schlecht, schrecke im Schlaf auf, höre im Kopf immer Musik und Gesang. Zuweilen vernehme er die Stimme seiner Mutter, die ihn beim Namen rufe. Eines Nachts habe er die Mutter auch gesehen, sie sei bei ihm in der Kammer im roten Kleide erschienen und habe ihn beim Namen gerufen. Beim Versuch, ihn genauer über diese Sachen auszufragen, weicht er hartnäckig aus, beginnt unter anderem auch davon zu erzählen, daß jetzt alle Eisenbahnzüge überfüllt seien, kommt dann auf sein Lieblingsthema zu sprechen und äußert schließlich den Wunsch, ihn zurück zu seinem Kader zu schicken.

Somatisch: Mittelgroß, wohlgebaut, kräftig. Männlicher Typus, starke Körperbehaarung, normales Genitale. Pupillen reagieren, Hirnnerven



intakt, alle Reflexe in normaler Stärke auslösbar. Kein Zittern. Lebhafte Dermographie.

Bei der körperlichen Untersuchung geht der Kranke sofort in Theaterpose, nimmt Tänzerstellung ein und beschaut sich, sich drehend und wendend, wie ein Frauenzimmer wohlgefällig.

Anmerkung: Die Schwester des Untersuchten bezeichnet ihren Bruder als einen brutalen, rohen, gewalttätigen, der Trunksucht ergebenen Menschen, der seine eigene Mutter mißhandelt, wenn ihm diese das Geld verweigert. Geht keiner Beschäftigung nach, treibt sich arbeitslos herum.

Daß mit der Diagnose Psychopathie der obige Fall nicht als erledigt gelten kann, darüber dürfte wohl kein Zweifel bestehen. Die Psychopathie erklärt wohl die allgemeine Lebensführung des Mannes, seine sexuelle Perversion und seine Charakterminderwertigkeit, seine Haltlosigkeit und Trunksucht, erklärt aber nicht das psychische Bild, wie es der Kranke in hiesiger Beobachtung und in der Irrenanstalt geboten hat. Dieses greift fraglos über das Bild der einfachen Psychopathie hinaus und heischt anderweitige Erklärung.

Da nun gewisse psychiatrische Tatsachen in diesem Krankheitsbilde, meiner Ansicht nach, nicht anders als durch die Annahme einer absichtlichen Verstellung befriedigend gedeutet werden können, so spitzt sich die Frage dahin zu, ob das ganze Krankheitsbild in allen seinen Phasen durch die Simulation eines Psychopathen erklärt werden kann, oder ob man doch nicht genötigt ist, außerdem noch eine Geisteskrankheit im engeren Sinne, etwa eine Schizophrenie anzunehmen.

Ich für meine Person muß gestehen, daß ich diesbezüglich bei meinem Kranken trotz wiederholter Explorationen und längerer Beobachtungszeit zu keinem endgültigen und sicheren Urteil gelangt bin, daß ich aber dazu neige, den Kranken zu jenen Simulanten zu zählen, die schließlich im Laufe der Zeit verblöden. Habe ich recht, dann handelte es sich in unserem Falle um Simulation eines wirklich Geisteskranken.

Als sicher simuliert sehe ich den Erinnerungsausfall für das ihn belastende Delikt, ferner seinen grob-intellektuellen Schwachsinn, wie er bei der Exploration zum Vorschein gekommen, und bis zu einem gewissen Grade sein übertrieben süßlich-läppisches und affektiert-geziertes Wesen an. Hingegen möchte ich annehmen, daß diesen gemachten unechten Zügen ein echter hebephrener Prozeß unterlagert ist, auf dessen Rechnung das indolent schamlose Gebaren, das allgemein Demente seines Wesens, der gelegentliche jähe Wechsel seiner

affektiven Äußerungen, das Manieriert-Gezierte seines Treibens, sowie seine vagen halluzinatorischen Erlebnisse zu setzen wären. Die Schizophrenie gäbe im gewissen Sinne die Szene, die Simulation den Inhalt für das psychopathologische Bild unseres Kranken ab. Dadurch wäre jener feste sichere Zug, jene Unbeirrbarkeit und Unbefangenheit in seinen Produktionen, jener Anstrich von natürlicher Echtheit bei aller Mache, bei unserem Kranken erklärt, die ihn trotz erwiesener Simulation gewisser Einzelheiten doch von rein simulierten Krankheitstypen unterscheiden

So kann der Fall gedeutet werden, muß es aber nicht, denn es wäre immerhin möglich, daß in unserem „Artisten" ein Gaukler steckte, der ihn befähigte, das Kunststück fertig zu bringen, trotz zweifelloser Simulation dennoch als hebephren Schwachsinniger zu imponieren.

Es liegt mir selbstverständlich ferne, behaupten zu wollen, daß es außer den in der vorliegenden Arbeit geschilderten keine weiteren Typen simulierter Geistesstörung gibt und daß die aufgestellten Formen allen tatsächlich vorkommenden Simulationsbildern gerecht werden. Im Gegenteil, ich bin überzeugt, daß es namentlich in der Gruppe der von mir so genannten, irregulären Fälle eine ganze Reihe weiterer Formen gibt, die von den von mir geschilderten symptomatologisch ganz erheblich abweichen und daß es namentlich unter den Verbrechern der Großstädte, die längere Zeit in Irrenanstalten oder auf psychiatrischen Kliniken in Beobachtung standen, Simulanten gibt, die ganz andersartige Simulationsmethoden entwickeln und in Anwendung bringen, und insbesondere nicht eine Geisteskrankheit schlechthin, sondern ganz bestimmte Geisteskrankheiten, die sie aus eigener Beobachtung kennen, zum Gegenstand ihrer Verstellung wählen; doch glaube ich immerhin, daß die große Mehrzahl aller beobachteten oder vorkommenden Fälle sich in meine Gruppe der regulären unterbringen läßt. Was insbesondere diejenigen Fälle betrifft, wo eine ganz bestimmte Geisteskrankheit simuliert wird, wie das z. B. Fürstner von einem seiner Kranken, der eine Paralyse vorzutäuschen suchte, berichtet, so spielen sie (so interessant sie für sich sein mögen) keine große Rolle und sind auch aus dem Grunde, weil sie Kopien nach Originalen darstellen, von keinem großen psychologischen und psychopathologischen Interesse. Denn es handelt sich nicht darum zu wissen, was der einzelne gelegentlich simuliert, sondern was durch-

schnittlich simuliert wird. Die Simulation einer Geistesstörung seitens eines Psychiaters z. B. wäre meines Erachtens nur von einem individuell psychologischen Interesse, insoferne sie ein Zeugnis der größeren oder geringeren Schauspielerkunst des Betreffenden ablegte. Erst von dem Moment an, wo die Simulation einer bestimmten Geistesstörung sozusagen das Gemeingut der simulationslustigen Psychopathen würde, gewänne sie ein größeres allgemein psychologisches Interesse. Zwar ist jede Simulation im gewissen Sinne eine Kopie, aber eine solche der allgemein gesellschaftlichen Anschauung über die Äußerungsweisen der Geisteskrankheiten, und spiegelt als solche, bis zu einem gewissen Grade, diese Anschauung der Allgemeinheit in ihrem klinischen Bilde wider.

Die größere Mannigfaltigkeit der in der kasuistischen Literatur beschriebenen Simulationsbilder im Verhältnis zu der von mir gegebenen Übersicht ist nun nicht bloß ein Ausdruck tatsächlicher Verhältnisse, sondern spiegelt zum Teil die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der betreffenden Beobachter wider. Die simulierte Geistesstörung, als ein gewolltes psychisches Geschehen, ist nichts Stabiles und Unveränderliches im Sinne einer Simulationseinheit analog der Krankheitseinheit, ihre Symptomatologie ist vielmehr in nicht geringem Grade von den Explorationsmethoden der untersuchenden Ärzte abhängig. Nichts ist leichter als durch gläubiges Eingehen auf die Intentionen eines Simulanten durch geschickt gestellte Suggestivfragen Symptome zu wecken und zu züchten, die sonst gar nicht zum Vorschein gekommen wären, oder die momentan dominierenden zu modeln oder ganz zu unterdrücken. Die simulierte Geistesstörung ist in ihrer Symptomatologie zum Teil ein Produkt der Untersuchung, zum anderen des momentanen Einfalls. Der letztere kann aber bis zu einem gewissen Grade in gewünschte Bahnen geleitet werden. Ein Ausdruck dieser Tatsache sind unsere Krankheitsgeschichten. Da aber der Zweck der ärztlichen Beobachtung nicht die Züchtung von Symptomen, sondern nur die Überführung des Simulanten sein kann, so wird man nur solche Symptome zu provozieren trachten, die jenem Zwecke dienen, d. h. die die psychologisch-psychiatrische Unmöglichkeit des vorgetäuschten Krankheitsbildes dartun. Welche Symptome man dazu wählt, ist ganz gleichgültig, wenn sie nur diesem Zweck entsprechen. Am zweckentsprechendsten erschien mir in meinen Fällen der Schwachsinn und so sind fast alle meine Fälle gleichartig schwachsinnig.



Weiterhin ist das simulierte Krankheitsbild in gewisser Hinsicht von den therapeutischen Maßnahmen des behandelnden Arztes abhängig, namentlich muß das von der Dauer der Pseudopsychose gesagt werden. Energisches Eingreifen bricht die Energie des Simulanten eher als die Zeit. Fraktionierte Behandlung verbittert den Kranken und macht ihn starrköpfig, liebevolle macht ihn übermütig und unvorsichtig. Will man einen Simulanten rasch überführen, so gehe man gläubig auf alles ein, was er bietet und trachte ihn dabei zu verführen. Will man ihn aber zum Aufgeben der Simulation bringen, so leistet die Ironie nebst entsprechender Medikation die besten Dienste.

Nicht der Simulation von Geistesstörung möchte ich jene in Kulturgegenden schon recht selten gewordenen Fälle zuzählen, wo ein abnormes psychisches Verhalten aus religiös-betrügerischen Motiven, „um den Glauben an religiöse Wunder zu wecken und zu nähren" (Fürstner, Arch. f. Psychiatr. 19), simuliert wird. In der Absicht dieser Personen ist ja gar nicht die Absicht, Geisteskrankheit zu simulieren, sondern nur religiöse Verzückung vorzutäuschen, gelegen, und zwar aus purer Lust an Simulation und aus dem krankhaft eitlen Verlangen, den Gegenstand allgemeiner Sensation zu bilden. Die Verstellungslust erscheint somit in diesen Fällen als ein Symptom einer abnormen Artung und kann auch aus diesem Grunde nicht der Simulation in unserem Sinne zugerechnet werden. — Es ist nun, nebenbei bemerkt, von Interesse, daß auch diese religiös-hysterischen Betrügereien, wo immer sie auch vorkommen mögen, so ungemein einander ähneln. Fast stets handelt es sich um jugendliche Personen weiblichen Geschlechtes, die sich in den Ruf zu setzen verstehen, die Fähigkeit zu besitzen, mit Engeln, Heiligen, mit Christus oder mit der Mutter Gottes geistig zu verkehren. Sonderbarerweise wollen diese, ethisch alles eher als einwandfreien, Individuen den Beweis dieser ihrer Fähigkeit dadurch erbringen, daß sie Krankheitssymptome ganz bestimmter Art vortäuschen. Ich kenne zwei Fälle aus einer südlichen Provinz Österreichs (einer davon wuchs sich vor Jahren durch das „gläubige" Eingreifen eines Fürstbischofs zum öffentlichen Skandal aus), die fast aufs Haar jenem Fürstners gleichen. In allen drei Fällen waren die Wundertäterinnen gelähmt und erklärten, ohne Speise und Trank leben zu können. In allen drei Fällen spielten Halluzinationen und Konvulsionen, wirre Reden, Menstrualblut und Wundmale an den



Händen oder Füßen eine große Rolle; und in allen drei Fällen fanden sich Gläubige nicht nur unter Einfältigen und Ungebildeten, sondern auch unter den sogenannten Intellektuellen aller Gesellschaftsklassen und Berufe, Ärzte nicht ausgenommen.

Von der Simulation von Geistesstörung möchte ich ferner gewisse Trancezustände betrügerischer Medien der Spiritisten- und Theosophenkreise ausscheiden, wo gleichfalls nicht in der Absicht der Betreffenden gelegen ist, Irresein zu simulieren.

Über die Häufigkeit, bzw. Seltenheit der Simulationsversuche von Geistesstörung kann ich auf Grund meines Materials, das sämtlich aus der Kriegszeit mit ihren abnormen Verhältnissen stammt, keine brauchbaren Angaben machen. Zunächst wären meine Zahlen schon aus dem Grunde unzuverlässig, weil viele Kranke, wegen Überfüllung der Abteilung, ohne näher untersucht zu werden, weiter abgegeben werden, ausgenommen, wenn sie von vornherein simulationsverdächtig sind, daher die Simulanten in unserem Krankenmaterial prozentuell zahlreicher vertreten sind, als es der Norm entsprechen würde. Zweitens ist das Material des letzten Kriegsjahres (welches ich allein verwertet habe) insoferne einseitig, als die wirklich Geisteskranken bereits früher aus dem Heeresverbande ausgeschieden worden sind und die Hysteriker, Psychopathen und Simulanten jetzt das Gros der zur Beobachtung gelangenden Fälle bilden.

Die 30 im vorstehenden beschriebenen, mit etwa 30 anderen nicht beschriebenen Fällen sind einem Gesamtmaterial von 3000 Kranken (Psychosen, Defektzustände und Neurosen) entnommen.

Was die Häufigkeit von Simulation von Geistesstörung bei verschiedenen Nationen betrifft, so darf nicht vergessen werden, daß dabei in der Kriegszeit auch politische Momente mitspielen und daß unter anderen Verhältnissen andere Zahlen erscheinen würden. Darf aber die Häufigkeit der psychopathischen Degeneration als ein Maß der Häufigkeit der Simulation angesehen werden, so muß die Mischrasse zwischen Italienern und Südslawen, die die Küsten Istriens bewohnt, als die zur Simulation weitaus disponierteste bezeichnet werden.

Es erübrigt mir nur noch ein Wort über die im vorstehenden gebrachten Krankheitsgeschichten zu sagen. Man wird mir vielleicht zum Vorwurf machen, daß meine Krankengeschichten mangelhaft



und darum wertlos sind, weil der Mehrzahl davon die Anamnese und allen die Katamnese fehlt. Dieser Vorwurf ist meines Erachtens nur hinsichtlich der fehlenden Katamnesen bis zu einem gewissen Grade berechtigt.

Eine so große Wichtigkeit der Anamnese in der Psychiatrie im allgemeinen zukommt, so zweifelhaft wird unter gewissen Umständen ihr Wert. In allen Fällen, wo begründeter Verdacht auf Simulation besteht, hat die Anamnese nur dann einen Wert, wenn sie positiv, d. h. für die Simulation sprechend, ausfällt, oder wenn sie unter Bedingungen erhalten wird, die ihre absolute Richtigkeit verbürgen. Wo diese Bürgschaft nicht gegeben ist und die Anamnese, bei sonst positiven Kriterien für eine Simulation, gegen die Simulation spricht, muß man ihr jeden wissenschaftlichen Wert absprechen. Solche Bürgschaften sind gegeben, wenn die Anamnese von unparteiischen Referenten stammt oder von parteiischen, insolange diese über den ganzen Sachverhalt noch ganz im unklaren sind. Diese Bedingungen sind aber für den Arzt meist unkontrollierbar. Die Angaben der nächsten Angehörigen eines Simulanten über das Vorleben dieses sind von vornherein stets unbrauchbar, wenn sie, wie gesagt, für die Echtheit der zu begutachtenden Erkrankung sprechen. Die Simulanten stammen meist aus minderwertigen und nichts weniger als vertrauenerweckenden Kreisen. Ihre Interessen sind meist auch die ihrer engeren und weiteren Umgebung. Darum sind die aus diesen Kreisen stammenden Anamnesen unbrauchbar. Objektiv sein wollende Referenten ihrerseits schöpfen wieder meist ihre Auskünfte aus dieser Quelle, darum sind auch diese Auskünfte nicht zuverlässig.

Anders liegt die Sache allerdings hinsichtlich der Katamnesen, die sich ja nicht auf lange Zeiträume, sondern gegebenen Falles auf wenige Tage zu erstrecken brauchen, und jeder zufällige Beobachter einen brauchbaren Referenten abgeben kann. Daß ich sie trotzdem vernachlässigt habe, liegt in den ungünstigen Verhältnissen, die mir fast zur Unmöglichkeit machen, einen entlassenen Kranken auch nur kurze Zeit im Auge zu behalten. Desungeachtet glaube ich, daß dadurch meine Krankheitsgeschichten nicht ganz wertlos sind, denn ihr Wert liegt meines Erachtens nicht darin, daß sie zeigen, *daß* es simuliert, sondern *wie* es simuliert worden ist. An der bloßen Tatsache der Simulation ist in der weitaus größten Mehrzahl meiner Fälle meiner Meinung nach nicht zu



zweifeln, und wo ein Zweifel übrig geblieben, da handelt es sich um die Wertung bereits abgelaufener psychopathologischer Geschehnisse, die auch durch eine Katamnese nicht weiter geklärt werden können.

Von einer Berücksichtigung und Würdigung der einschlägigen Literatur mußte leider wegen Überbürdung mit Abteilungsarbeiten Abstand genommen werden.



(Aus dem pathol.-anat. Institute in Wien, weil. Hofrat A. Kolisko.)

Über die Folgen gesteigerten Hirndrucks.

Von

Prof. **J. Erdheim**[1]).

(4 Textfiguren.)

Den Anstoß zu der vorliegenden Untersuchung gab ein Fall, bei dem 16 Monate vor dem Tode die durch einen Gehirnabszeß verursachte Steigerung des intrakraniellen Druckes durch operative Eröffnung des Abszesses beseitigt wurde. Damit war zur Beantwortung der Frage Gelegenheit gegeben, ob und wieweit die durch den gesteigerten Hirndruck erzeugten Veränderungen heilen können.

Zum Vergleich wurden auch noch vier Fälle progredienter Hirndrucksteigerung herangezogen, deren Zahl fast beliebig hätte vermehrt werden können, aber auf diese kleine Gruppe beschränkt wurde, um die Mitteilung nicht mit zu viel Material zu belasten.

Dafür konnte die Auswahl der Fälle sehr bunt sein. Ein Akustikustumor, ein Cysticercus racemosus der Leptomeningen, ein Kleinhirnabszeß, ein Balkengliom; dann ein Fall mit noch sehr geringgradiger (Fall 4), einer mit etwas stärkerer, aber kurzdauernder Drucksteigerung (Fall 3), zwei vorgeschrittene, hochgradige Fälle (1, 2) und der geheilte Fall 5; dann ein Kind (Fall 3), die anderen Erwachsene.

Auch das Objekt der Untersuchung war verschieden. Schädeldach samt Dura und Schädelbasis samt Dura und Hirnhernien im Falle 1, 2 und 5, im letzteren auch Konvexitätsdura allein. Im Falle 3 Schädeldach und Dura, jedes für sich. Im Falle 4 gelang

[1]) Diese Arbeit war für die Festschrift A. Freih. v. Eiselsberg (Mitteilungen aus den Grenzgebieten für innere Medizin und Chirurgie) bestimmt.



es bei der Obduktion, die Schläfenlappen so von der Dura abzulösen, daß die Gehirnoberfläche noch mit zahlreichen Pacchionischen Granulationen und im ersten Entwicklungsstadium befindlichen Hirnhernien besetzt war und so ein besonders dankbares Untersuchungsobjekt abgab. Von jedem Fall wurden mehrere Gewebsstücke entnommen und in Serienschnitte zerlegt, die zum Studium der oft sehr verwickelten Verhältnisse unentbehrlich waren.

Wie schon aus dem Gesagten hervorgeht, erstreckte sich die Untersuchung auf den Schädelknochen, die Dura und die Hirnrinde samt Leptomeninx. Alle die drei übereinander angeordneten Gewebe stehen in engstem Konnex miteinander und sind ganz besonders in Fragen des Hirndrucks nur in ihrer gegenseitigen Beziehung zueinander zu verstehen.

Es ist beim Augapfel zur Erfüllung seiner Aufgabe als optisches Instrument unerläßlich, daß seine bindegewebige Wand (Sklera und Kornea) und die an ihrer Innenfläche ausgebreiteten Membranen ungefähr in Kugelform ausgespannt erhalten bleiben. Zu diesem Zwecke ist im Bulbus ein Flüssigkeit sezernierender Apparat untergebracht, und diese Flüssigkeit gibt als Füllsel die gewünschte Spannung, die bei einem pathologischen Mißverhältnis des Zu- und Abflusses zu intraokulärer Drucksteigerung mit konsekutiver Schädigung der empfindlichen Gewebe führt.

Auch im Schädelinnern sehen wir nach dem gleichen Prinzip ein analoges, Flüssigkeit sezernierendes Organ untergebracht, auch hier hat diese Flüssigkeit die Aufgabe, als Füllsel einen bestimmten intrakraniellen Druck aufrecht zu erhalten, der gelegentlich eines pathologischen Mißverhältnisses des Zu- und Abflusses zu einer pathologischen, intrakraniellen Drucksteigerung führt, mit ihren bekannten schädlichen Konsequenzen. Und doch ist die eigentliche, physiologische Aufgabe dieses intrakraniellen Apparates anders, als die des intraokulären.

Die knöcherne Schädelkapsel beherbergt nämlich das gegen mechanische Insulte so empfindliche Gehirn und gewährt ihm den denkbar sichersten Schutz. Aber das Gehirnvolumen schwankt bei verschiedenen Funktionszuständen infolge verschiedenen Blutgehaltes und die Schädelkapsel ließe diese Volumschwankungen des Gehirns gar nicht zu, wenn sie dem Hirn fest aufläge. Darum ist der Schädelinnenraum größer als das Gehirn. Die Zerebrospinalflüssigkeit aber ist das Füllsel, das entweicht, wenn das Hirnvolumen zunimmt. Es

ist zu diesem Zwecke in die Hirnhäute in Form der Pacchionischen Granulationen ein den Hirndruck regulierender Apparat, eine Art Sicherheitsventil gelegt, der unsere volle Bewunderung verdient. Welchen Schaden nun die knöcherne Kapsel, die Hirnhäute mit dem Sicherheitsventil und das Gehirn selbst nehmen, wenn der Hirndruck pathologische Grade erreicht, wieweit diese Schäden einer Heilung fähig sind, soll hier näher beleuchtet werden.

Es folgen nun erst die Krankengeschichten und Obduktionsprotokolle, die der vier progredienten Fälle ganz kurz, weil sie ja an sich nichts Besonderes bieten, die des geheilten Falles 5 etwas ausführlicher. Auf die Wiedergabe der eingehenden histologischen Befunde der fünf Fälle wurde aus Raumersparnis verzichtet. Statt dessen wurden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung in drei Abschnitte: Schädel, Dura, Hirnhernien, zusammengefaßt.

Fall 1. A. B., 43 Jahre alt, Klinik v. Eiselsberg.

Erste Erscheinungen Mai 1907, Hörstörungen und zischende Geräusche im linken Ohre. Progrediente Abnahme des Hörvermögens. Anfang 1908 völlige Taubheit. September 1908 beginnende linksseitige Fazialislähmung, die dann zunimmt, und Parästhesien im Gesichte links. Seit einem halben Jahre Schwindelanfälle. September 1909 Nackenschmerzen und vorübergehende Okzipitalneuralgien. Progrediente Stauungspapille. Zwei Tage ante mortem wurde als erster Akt eine Aufklappung links am Hinterhaupt vorgenommen.

Obduktion 13. Jänner 1910: Kleinnußgroßer, linksseitiger Akustikustumor, chronischer Hydrocephalus internus, Abplattung der Hirnwindungen, multiple Hirnhernien der mittleren Schädelgrube. — Außerdem nur noch peripheres Atherom und Lobulärpneumonie rechts.

Fall 2. A. R., 30 Jahre alt, Klinik v. Wagner.

Vor zwei Jahren Kopftrauma mit halbstündiger Bewußtlosigkeit. Drei Monate später Kopfschmerzen. Hie und da Erbrechen. Allmähliche Abnahme des Sehvermögens.

Visus beiderseits, besonders rechts stark herabgesetzt. Hochgradige Stauungspapille. Während des dreitägigen Spitalsaufenthaltes völlig frei, munter, außer Bett. Plötzlich Erbrechen und unter Lungenödem Exitus.

Obduktion 14. 4. 1911. Cysticercus racemosus der Leptomeningen an der Hirnbasis. Die z. T. prall gespannten, z. T. kollabierten Zystizerkusblasen liegen im Subarachnoidealraum in der Gegend des Pons und der Medulla oblongata. Die Leptomeningen der ganzen Basis stark verdickt und durch Exsudat getrübt, an der Konvexität jedoch nur fleckweise bindegewebige Verdickungen. Hochgradiger chronischer Hydrocephalus internus mit starker Vorwölbung des Tuber cinereum, stark konkaver Eindrückung des Operculum sellae, starker Kompression der Sehnerven, insbesondere des linken, Usur der Tabula interna, insbesondere in der mittleren Schädelgrube mit



sehr zahlreichen Hirnhernien daselbst. Sonst nur noch Ecchymosen des Epikards und akutes Lungenödem.

Fall 3. T. S., 9 Jahre alt, Klinik Urbantschitsch.

Am 3./2. 1918 erkrankte das Kind an Scharlach mit komplizierender rechtsseitiger eitriger Otitis. 30./4. plötzlich Ohrenschmerzen, Schwindel und Übelkeit. 9./5., also nicht ganz drei Monate ante mortem, Operation am Felsenbein mit Eröffnung des rechtsseitigen Kleinhirnabszesses. Exitus 30./7. 1918.

Bei der Obduktion fand sich der bis zum Tode noch immer offen gehaltene Drainkanal, die ganze rechte Kleinhirnhemisphäre von vorn nach rückwärts durchsetzend. Mit diesem Kanal durch ein winziges Loch kommunizierend ein sehr großer, bis zur Medianebene reichender Abszeß mit pyogenetischer Membran und hinter diesem zwei weitere, kleinere, in sich geschlossene, ebenfalls mit pyogenetischer Membran, von denen einer mit zwei Nebenbuchten in die linke Hemisphäre hinüberragt. Hochgradiger Hydrocephalus internus, Ödem des Gehirns, Usur der Tabula interna mit Kalkablagerung in die Dura.

Fall 4. N. M., 53 Jahre alt, Klinik v. Wagner.

Bis vor vier Wochen ante mortem ganz gesund. In den letzten drei Wochen Kopfschmerzen, Erbrechen, Bettlägerigkeit. Seit acht Tagen teilnahmslos, Augenhintergrund frei. Bei der Lumbalpunktion fließt der Liquor unter sehr mäßigem Druck ab. Sub finem Temperatursteigerung. Sieben Stunden ante mortem Erbrechen und schwere Asphyxie infolge Aspiration des Erbrochenen.

Obduktion 1./8. 1918: Gliom des Balkens mit weitgehender Nekrose des Tumorgewebes und Erweichung des umgebenden Gehirns in weiter Umgebung. Die Gehirnwindungen deutlich, aber nicht stark abgeplattet, die Tabula interna an der Konvexität und der mittleren Schädelgrube nur mäßig usuriert, an den Schläfenpolen sehr zahlreiche, aus der Dura herausgezogene Pacchionische Granulationen, die wegen ihrer Größe Hirnhernien enthalten dürften. Im übrigen arteriosklerotische Schrumpfung der Nieren und eitrige Bronchitis.

Fall 5. Es handelt sich bei dem 22 Jahre alten F. J. (Klinik Urbantschitsch) um einen rhinogenen, linksseitigen Stirnhirnabszeß, der von einem Empyem der linken Stirnhöhle ausgegangen ist. Dieses verursachte schon November 1915 Lidschwellung und zwang anfangs Jänner 1916 zur Spaltung eines Weichteilabszesses am Lid. Um diese Zeit bestand schon schwere Neuritis optica bei sonst negativem Nervenbefund. Ende Jänner 1916 Operation nach Kilian mit Ausräumung des Siebbeines und negativer Hirnpunktion. Es folgen wegen zerebraler Erscheinungen vorgenommene, aber ergebnislose operative Wundrevisionen, bis 15./4. 1916 der linke Stirnhirnabszeß eröffnet wurde. Besserung aber Übergang der Stauungspapille in Sehnervenatrophie.

Bei späteren operativen Wundrevisionen fand sich trotz Wiederkehr der Erscheinungen kein Eiter mehr, aber einmal eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Höhle im früher operierten Stirnlappen. Erste Anfälle von





Jackson-Epilepsie Oktober 1916. Dann völliges Wohlbefinden. Erst August 1917 gelegentlich einer Bronchitis neuerlich schwere Jacksonanfälle. Bei der am 30./8. 1917 vorgenommenen operativen Bloßlegung des alten Operationsgebietes wurde abermals eine, seröse Flüssigkeit enthaltende Höhle im Bereiche der Hirnnarbe eröffnet, doch starb der Kranke am 31./8. Sämtliche Operationen wurden vom Dozenten Dr. Erich Ruttin ausgeführt.

Die am 1./9. 1917 ausgeführte Obduktion hatte folgendes Ergebnis: Das Schädeldach schwer, vorn und rückwärts 6 bis 7 *mm* dick, mit meist guter Ausbildung der Diploe und beider etwa gleich dicker Tabulae; seitlich nur 2 *mm* dick, meist ohne Diploe. Innen die Arterienfurchen nur mäßig ausgebildet, vorn einige besonders tiefe Pacchionische Gruben, auf deren

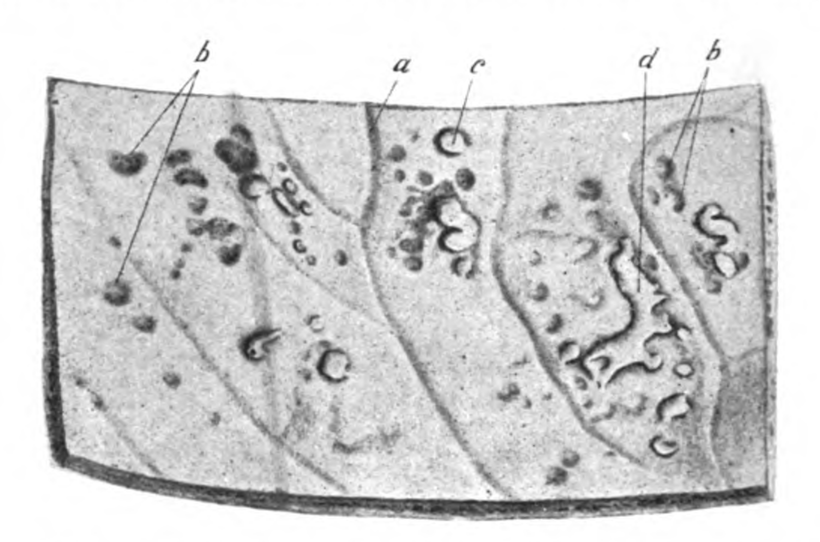


Fig. 1. Fall 5. Ansicht der Schädelinnenfläche. Vergr. 1·5. a = Gefäßfurchen der Arteria meningea media, b, b = Gruben der Tabula interna, c = auf eine solche aufgelagert ein linsenförmiges durales Knochenplättchen, d = solche Plättchen zu größeren Komplexen konfluiert.

Grund viele kleine Löcher in die Diploe führen. Zu größeren Gruppen vereinigt, an Ausdehnung von vorn nach rückwärts abnehmend, finden sich im Stirn-, Scheitel- und Hinterhauptsanteil grübchenförmige Vertiefungen der Tabula interna (Fig. 1b, b), die sich von gewöhnlichen Druckusuren in sehr auffallender Weise dadurch unterscheiden, daß sie, wie auch die ganze Innenfläche, nicht im mindesten rauh sind, das Rot der Diploe viel weniger durchscheinen lassen wie sonst, so daß es sofort klar wird, der usurierte Schädel sei durch einen neuen Knochenüberguß geglättet (Fig. 1), doch so, daß auch jetzt noch Unebenheiten bestehen. Viele Grübchen der linken und außerdem nur noch vereinzelte der rechten Parietalgegend sind mit glatten rundlichen Knochenplättchen belegt (Fig. 1c), die so aussehen, als ob sie anderwärts gebildet und hier nur lose angeklebt worden wären, denn mit ihren Rändern stehen sie fast stets vom Schädel

ab (Fig. 1) und ragen auch zumeist über sein Niveau hinaus. Diese Knochenplättchen sind 1 bis 2 *mm* groß, passen sich in ihrer Form vollkommen den Grübchen an, sind meist rundlich (Fig. 1c), konfluieren aber zu den unregelmäßigsten bis 1 *cm* großen Komplexen (Fig. 1d).

Den Knochengrübchen entsprechend in der Dura opak-weißliche, harte, z. T. sichtlich knöcherne Einlagerungen von der Art der geschilderten Knochenplättchen, jedoch nicht am Knochen haftend, sondern in die Dura eingelagert. Braune Pigmentierung der Dura über dem linken Orbitaldache.

Die Leptomeninx stark bindegewebig verdickt, an der Basis mehr als an der Konvexität und links mehr als rechts. An den Stellen stärkster Verdickung, vor allem in der linken mittleren Schädelgrube, die Leptomeninx an die Dura so adhärent, daß die Lösung nur mit Hilfe des Messers, doch auch nur unvollkommen gelingt, so daß kleine Hirnstückchen an der Dura haften bleiben. Gerade hier ist auch die Schädelbasis wieder usuriert, doch wird aus Schonung für die histologische Untersuchung die Dura nicht ganz vom Knochen abgezogen.

Am Gehirn sind alle Windungen des ganzen linken Stirnpoles gelblich-opak oder sulzig-transparent und durch Kollaps verkleinert, als Folge der kollateral entzündlichen Erweichung, wie das die horizontale Schnittfläche ergibt. Auf dieser findet sich nämlich 2 *mm* vor dem linken Vorderhorn im Gewebe des Stirnlappens eine quergestellte, 2·5 *cm* lange, 0·7 *cm* breite Narbenmasse, die sich ganz wie ein riesiges Corpus albicans ausnimmt: eine sehnig-weiße, zirkulär krausenartig herum laufende Narbenmasse, aus der geschrumpften Membrana pyogenetica hervorgegangen und zentral ein schmälerer Streifen lockeren, rötlichen, vaskularisierten Bindegewebes, die Ausfüllungsmasse der ehemaligen Abszeßhöhle. In einigem Umkreise um dieses Residuum des kollabierten und fibrös-obliterierten Abszesses befindet sich das Hirngewebe im Zustande alter Erweichung. Nur nach vornehin, dem seinerzeitigen Operationsweg entsprechend, hat diese Erweichung eine größere Ausdehnung: diskontinuierliche, durcheinandergewürfelte Stückchen erweichten Hirngewebes liegen in einem gelblichrötlichen, transparenten, lockeren, vaskularisierten Narbengewebe, welches bis an die Hirnoberfläche, wo die Dura adhärent ist, reicht und daselbst den Charakter eines äußerst lockeren, schwammig-ödematösen Bindegewebes angenommen hat. Dieses letztere wurde zwei Tage ante mortem nach Eröffnung des Restes der linken Stirnhöhle bloßgelegt und angerissen, wobei sich etwas klare Flüssigkeit entleerte und das überaus lockere Narbengewebe kollabierte, unter Zurücklassung einer kleinen Höhle mit fetzigen Wänden. Am Gehirn und seinen Häuten nirgends Anzeichen einer frischen Entzündung oder Drucksteigerung.

Im übrigen fand sich eine akute, katarrhalische Entzündung der linken Nasenhöhle, der rechten Keilbein- und Highmorshöhle, akute Pharyngitis, Laryngitis und Tracheitis und schwerste beiderseitige eitrige Bronchitis. Fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Nieren, chronischer Milztumor, totale Anwachsung der linken Lunge.



I. Schädelknochen.

Die Tabula externa des Schädelknochens besteht aus zwei ineinandergreifenden Schichten; zu äußerst aus einer verschieden hohen Lage parallel zur Schädeloberfläche geschichteten, schön lamellären Knochens, der in unregelmäßigen Abständen von ebenfalls parallelen, blauen Linien durchzogen ist. Diese Schicht der äußeren Schlußlamellen ist die beim Schädelwachstum zuletzt apponierte Knochenlage und die blauen Linien in ihr bedeuten wohl Perioden stillestehender Knochenapposition, die daher im folgenden als Haltelinien bezeichnet werden sollen. Nimmt der Knochen sein appositionelles Wachstum wieder auf, so wird die Haltelinie von neuem Knochen überschichtet und die Haltelinie unterbricht die Kontinuität der Knochentextur nicht, wie etwa eine Kittlinie dies tut.

Von der Diploeseite her werden nun die äußeren Schlußlamellen in Form von lakunären Resorptionshöhlen abgebaut, die durch konzentrische Lamellensysteme wieder ausgefüllt werden. Aus diesem Umbau der äußeren Schlußlamellen resultiert die aus dichtgedrängten Haversschen Systemen zusammengesetzte innere Schicht der Tabula externa, die sich in Form immer spärlicherer, zum Schluß nur vereinzelt stehender Haversscher Systeme in die Schicht der äußeren Schlußlamellen hinein verliert, wobei aber letztere als ansehnliche Lage noch erhalten sind.

Auch an der Basis besteht die Tabula externa oft aus den genannten zwei Schichten, aber es tritt die äußere mehr in den Hintergrund und fehlt vielfach ganz, so daß die innere bloßliegt. Doch finden sich äußere Schlußlamellen selbst oft da, wo eine Diploe fehlt und der ganze Schädelknochen durch ein dünnes kompaktes Plättchen repräsentiert wird. In der Schicht der äußeren Schlußlamellen finden sich manchmal schräg einstrahlende Sharpeysche Fasern und hie und da, die Lamellen quer durchsetzend, ein Volkmannscher Kanal, an dem die Lamellen so abgebogen sind, daß ihre Konvexität gegen das Perikranium gerichtet ist, wie wir später hören werden, ein Zeichen dafür, daß die Lamellenapposition an der Schädelaußenfläche erfolgte.

Bei dem im Kindesalter stehenden Falle 3 war die Schicht der äußeren Schlußlamellen auch am Schädeldach an manchen Stellen durch fast bis an das Perikranium vorgedrungene Havers-

sche Lamellensysteme auf eine einzige Lamelle reduziert; die innere Schicht der Tabula externa aber war viel höher und in ihrem Umbau noch nicht sehr weit gediehen, da zwischen den Haversschen Systemen noch ansehnliche Reste von Schlußlamellen liegen.

Das bisher über die Tabula externa Gesagte zeigt, daß diese bei unseren Fällen frei ist von pathologischen Veränderungen. Das gleiche gilt auch für die Diploe, deren Bälkchen aus lamellärem, umgebautem Knochengewebe aufgebaut sind, aber an der Basis sehr spärlich sein können, während das Knochenmark bald ein reines Fettmark, bald überwiegend zellig ist, in das die Fettzellen spärlich eingestreut und mit einiger Vorliebe am Rand des Markraums angeordnet sind.

Die Tabula interna muß uns wegen der an ihr und in ihrer Umgebung sich abspielenden Usur und der reparatorischen Anbauvorgänge vor allem interessieren. Diese Knochenschicht ist am Schädeldach analog der Tabula externa gebaut, d. h. sie besteht gegen die Diploe aus umgebautem, lamellärem Knochen und trägt gegen die Dura eine verschieden hohe Schicht innerer, mit vielen Haltelinien versehener Schlußlamellen, in die hinein der sich umbauende Knochen immer mehr vordringt.

Im Falle 2 und 5 fehlten infolge der Usur die inneren Schlußlamellen ganz, im Falle 1 waren nur noch geringe Spuren übrig, im Falle 3 mit der kurzdauernden Drucksteigerung aber war die Schlußlamellenschicht, stellenweise wenigstens, in toto erhalten.

Gleichzeitig war bei diesem kindlichen Individuum die innere Schlußlamellenschicht höher als die äußere und ihr Umbau noch wenig weit gediehen, denn auch schon näher der Diploe lagen die Haversschen Lamellensysteme stellenweise locker auseinander, durch reichliche Reste von Schlußlamellen geschieden. Wo Haverssche Lamellensysteme mehr aneinanderschließen und ein wohl ausgeprägtes Stratum der Tabula interna formieren, da ist dieses gegen die noch unberührten Schlußlamellen in einer höchst unregelmäßig verlaufenden, lakunären Kittlinie begrenzt, deren Lakunenkonkavität typischerweise perikraniumwärts gerichtet ist. Das heißt die Schlußlamellen werden unterhöhlt und umgebaut.

Wo der Schädelknochen keine Diploe hat, da besteht er in seiner Dickenmitte aus völlig umgebautem Knochen, der außen



und innen von Schlußlamellen belegt wird. Doch können die inneren durch Usur verloren gehen.

Im leichtesten Falle 3 ist nirgends die Tabula interna ihrer ganzen Dicke nach der Usur verfallen; sie ist wohl dünner als die Tabula externa und vielfach ist die Schicht der inneren Schlußlamellen ganz, die drunterliegende, umgebaute Schicht partiell verloren gegangen, aber nie ganz und daher sind Diploemarkräume nirgends bloßgelegt. Im 1., 2. und 5. Falle aber gibt es Impressiones digitatae, in deren Bereiche nur noch ein Rest der äußeren Schlußlamellen in der Dicke von etwa 100 μ erhalten ist, alle anderen Knochenschichten aber fehlen. Und ebenso gibt es Juga cerebralia, die noch allein aus der Tabula externa herausgearbeitet sind, mit deren äußeren Schlußlamellen als Basis und deren innerer umgebauter Schicht als Gipfel.

Dieser Usur des Schädelknochens entsprechend ist seine Innenfläche mit Ausnahme seltener Stellen des Falles 3, die jeglicher Usur entgangen sind, lakunär begrenzt. Wie gewöhnlich sind die Lakunen am seichtesten da, wo sie gegen die Fläche der Lamelle vorgehen und am tiefsten da, wo die Lamellen gegen die Lakune ziehen und in ihr plötzlich abbrechen. Davon abgesehen, sind die Lakunen im Falle 3, wo die Erhöhung des Hirndrucks erst kurz dauert und noch nicht maximal angestiegen ist, sehr breit und tief und enthalten sehr oft große Osteoklasten, während die Lakunen im Falle 1, 2 und 5 meist nicht groß, oft auffallend klein und seicht sind, nicht größer als ein Viertel eines Bindegewebskernes. Ja es kann die lakunäre Form der Abbaufläche ganz fehlen, sie erscheint dann glatt und ist als Abbaufläche nur daran zu erkennen, daß die Lamellen und Haltelinien an ihr schroff abbrechen.

Die besondere Kleinheit der Lakunen könnte darauf beruhen, daß der Abbau auch durch andere, viel kleinere Zellen erfolgen kann, oder aber darauf, daß die Osteoklasten die kleinen Knochenzacken zwischen den Lakunen abtragen. Mit der Kleinheit der Lakunen geht eine auffallende Seltenheit der Osteoklasten einher, und die vorhandenen sind recht unscheinbar. Es liegt die Annahme nahe, daß eine zeitweilig besonders hohe Steigerung des Hirndrucks diese Zellen zur Atrophie und zum Schwunde bringt, d. h. die Knochenusur und die von dieser herbeigeführte Raumbeschaffung für die steigende Größenzunahme des Gehirnes hemmt.



Doch kommen auf der lakunären Schädelinnenfläche auch besonders grobe Unebenheiten vor, in Form von aus den Knochen herausgearbeiteten, spitzwinkelig zulaufenden Kegeln oder Pyramiden, die es vor allem bewirken, daß der Knochen schon makroskopisch rauh aussieht und sich wie ein Reibeisen anfühlt.

Im Falle 1—3 finden sich nicht ganz selten, doch nur in spurenweiser Ausbildung auch Appositionsvorgänge an der Schädelinnenfläche. In die Lakunen der letzteren lagert sich nämlich eine minimale Knochenschicht ab, in der Regel nicht ausreichend, auch nur die Lakune ganz zu füllen, ausnahmsweise nur weniges drüber, meist nur bei starker Vergrößerung wahrnehmbar, auf kurze Strecken ausgebildet und die Unebenheiten der lakunären Fläche als ihr gleichmäßig feiner Überguß mitmachend. Der Osteoklasten- und Osteoidsaum dieser Appositionsschicht war nur im Falle 3 wahrnehmbar, sonst nicht, offenbar entsprechend einer Unterbrechung des begonnenen Anbaues. An dieser Stelle könnte eine, wenn auch noch so minimale Apposition überraschend erscheinen. Doch ist es schon aus dem klinischen Verlaufe bekannt, daß durch regressive Prozesse im Hirntumor und dadurch eventuelle Abnahme des Hydrocephalus zeitweise Remissionen der Hirndruckerscheinungen zustande kommen, wofür der genannte Knochenbefund der morphologische Ausdruck ist.

Die Zeichen, an denen die geschilderte Knochenapposition (Fig. 2b, b_1) als zur Zeit (einer Remission) des gesteigerten Hirndrucks entstanden zu erkennen ist, sind die folgenden: Die Auflagerung ruht dem Knochengewebe der Tabula interna (Fig. 2 T. i. n.) in einer haarscharfen, lakunären Kittlinie auf, deren Lakunen sich hirnwärts öffnen (Fig. 2) und deren direkte Fortsetzung an jenen meisten Stellen, die von der Apposition frei sind, unmittelbar von der Dura (Fig. 2c, d) überzogen ist, also die Innenfläche des Schädeldaches bildet, die, wie auch schon die Osteoklasten beweisen, derzeit in Abbau begriffen ist.

Es hat in letzterer Zeit Saltykow in einem Falle von mäßiger Hirndrucksteigerung infolge Gliom vielleicht solche Auflagerungen als erster gesehen. Doch sicher ist dies nicht, denn die beweisende scharfe Kittlinie bezeichnet er bloß als ziemlich scharfe Abgrenzung, die auch in der Zeichnung nicht haarscharf erscheint und statt lakunär mit den Konkavitäten hirnwärts bloß unentscheidbar wellig erscheint. Auch besteht die anscheinende Auflagerung aus einem von der Tabula interna



differenten Knochengewebe, in unserem Falle 5, bei dem infolge der großen Menge neuen Knochens sein Bau leicht erkennbar ist (s. u.), aus dem gleichen, reifen, lamellären Knochengewebe. So wäre eine Täuschung durch im Verlaufe der Usur erfolgte Aufschließung von präexistenten, minder reif gebauten Bestandteilen des normalen Schädelknochens möglich. Eine genauere Bearbeitung des Falles wäre daher erwünscht.

In bezug auf den beschriebenen Appositionsvorgang besteht ein sehr auffallender Unterschied zwischen den im progredienten Stadium der Drucksteigerung untersuchten Fällen 1—3 und dem geheilten Falle 5. Bei den ersteren war die Apposition selten und in minimaler Dicke, beim letzteren aber außerordentlich häufig und vor allem schon sehr dick. Es erfolgt also nach Beseitigung der Hirndrucksteigerung eine sehr ausgedehnte und ausgiebige reparatorische Knochenapposition (Fig. 2b, b_1) auf der usurierten Schädelinnenfläche.

Die schon beschriebene Kittlinie, der diese endokranielle Appositionsschicht aufruht, ist oft ebenso blau gefärbt, wie wir das bei den Haltelinien gesehen haben, die ja keine Kittlinien sind. Die Blaufärbung dieser lakunären Kittlinie ist ein Zeichen dafür, daß sie einige Zeit ohne Progredienz stille stand, bevor sie vom neuen Knochen überlagert wurde. Es muß dies in jener Zeit nach erfolgter Eröffnung des Gehirnabszesses gewesen sein, als die Schädelusur keine weiteren Fortschritte mehr machte und als einige Zeit vergehen mußte, bis die Verkleinerung des Schädelinhaltes so weit gediehen war, daß eine generelle reparatorische Knochenapposition an der Schädelinnenfläche hindernislos beginnen konnte.

Es bedeutet also diese Kittlinie für die Baugeschichte des Schädels eine Zeit der Umkehr, weshalb wir sie Umkehrlinie nennen wollen. Die Umkehrlinie zeigt uns jetzt noch, nach 16 Monaten, trotzdem seither mancher reparatorische Vorgang Platz gegriffen hat, noch klar den Stand der Schädelusur am Tage der Gehirnoperation an, wie ein Wasserstandmesser die Höhe der Flut. Doch gibt es auch jetzt noch Stellen, wo die Umkehrlinie noch unbedeckt bloßliegt wie am Tage der Operation.

Der auf die Umkehrlinie neu apponierte endokranielle Knochen hat eine schön lamelläre Struktur und enthält manchmal einen Volkmannschen Kanal, dessen Gefäß in ein Duragefäß übergeht und in dessen unmittelbarer Umgebung die von ihm durchbohrten Lamellen so abgebogen sind, daß ihre Konvexität

gegen die Dura sieht, wie wir weiter unten hören werden, ein Zeichen dafür, daß diese Knochenapposition in der Tat von der duralen Fläche aus sich abspielte.

Die Apposition erfolgte stellenweise in ununterbrochenem Zuge, stellenweise aber mit vorübergehenden Stillständen der Apposition, wie die Haltelinien zeigen, deren eine bis mehrere gezählt werden können. Mit einer solchen blauen Haltelinie schließt die Apposition auch derzeit zumeist ab, ob dauernd oder vorübergehend, kann nicht gesagt werden, ein Osteoblasten- und Osteoidsaum fehlt aber derzeit durchwegs. Stellenweise enthält der apponierte Knochen aber auch eine bis mehrere lakunäre Kittlinien, deren Lakunen ihre Konkavitäten durawärts richten, ein Zeichen, daß in der Bauzeit der endokraniellen Auflagerung vorübergehende Abbauperioden zu verzeichnen waren. In der Tat findet man auf der der Dura zugewendeten freien Fläche der Knochenapposition auch derzeit stellenweise eine lakunäre Begrenzung, wie übrigens auch bei Saltykow, doch ohne Osteoklasten. Ein Umbau des neuen Knochens durch Ausheben von Resorptionsräumen und Vermauerung dieser mit Haversschen Systemen hat noch nirgends begonnen.

Um die quantitative Leistung der endokraniellen Knochenapposition zu charakterisieren, mögen im folgenden die in μ wiedergegebenen Dickenzahlen der neuen Knochenschicht aufgeführt werden, wie sie an 12 verschiedenen Stellen gewonnen wurden. 1. 12, 2. 17, 3. 8—17—67, 4. 6—33—71—246, 5. 5—51—187, 6. 37—72—108, 7. 71—83, 8. 83—120, 9. 50—92—217, 10. 83—275, 11. 137—208, 12. 147—315 μ. Dies macht etwa $^1/_9$ bis $^1/_6$ der Gesamtdicke der Tabula interna aus.

Über das Verhalten der endokraniellen Knochenapposition im Bereiche der Herniengruben wird weiter unten noch einiges nachzutragen sein.

Aber nicht nur auf der Innenfläche des Schädelknochens, sondern in ihm spielen sich, u. zw. in wesentlich erheblicherem Grade Knochenanbauprozesse ab, deren Endeffekt der volle Ersatz der vollständig verloren gegangenen Tabula interna ist. Von diesen Appositionsvorgängen soll etwas weiter unten gelegentlich der durch die Hirnhernien erzeugten Knochenusuren gesprochen werden, wo dieser Anbau am besten zu studieren ist, wenn er auch sonst überall, auch am Schädeldach, vorkommt.

Hier nur so viel: Es gibt Impressiones digitatae, auf deren



Grund die Tabula externa bloßliegt, an deren Rand die Diploe schroff endet, aber nicht etwa mit ihren eröffneten Markräumen bloßliegt, sondern durch eine Kompakta verschlossen ist, die sich als Fortsetzung der Tabula interna präsentiert. Dies kann ein völlig normaler Zustand sein oder er ist erst im Verlaufe des gesteigerten Hirndrucks erworben, also pathologisch. Man darf also bei gesteigertem Hirndruck nicht immer die pathologische Form voraussetzen, denn es kann auch der präexistente, normale Zustand vorliegen. Die Charakteristika der pathologischen Form werden wir weiter unten kennen lernen. Im Falle 1 aber gab es Gelegenheit, die normale Form zu studieren, und hier bestand die das Ende der Diploe gegen die Impressio digitalis verschließende Kompakta aus völlig umgebautem, altem, lamellärem Knochen, der ganz mit dem der normalen Tabula interna übereinstimmte, gegen die Dura zwar keine inneren Schlußlamellen trug und selbst dem lakunären Abbau verfiel, sich aber von den pathologischen Bildern (s. u.) völlig unterschied.

Alles bisher Gesagte bezieht sich auf Usuren außerhalb des Gebietes von Hirnhernien. Nun gelangen wir zu den durch die Hernien selbst erzeugten Usuren. Um die hier obwaltenden großen Verschiedenheiten zu verstehen, muß vorausgeschickt werden, daß die Lokalisation und der Entwicklungsgrad der Hernien nicht willkürlich, sondern durch die Pacchionischen Granulationen vorausbestimmt ist, in die hinein sich die Hernien entwickeln (s. u.). Um gleich die Extreme zu nennen, wird eine Hh (= Hirnhernie) klein sein und einen bescheidenen Platz zwischen den Bindegewebsschichten der Dura einnehmen, wenn dies schon bei der PG (= Pacchionischen Granulation) der Fall war; sie wird groß sein und einen Raum im Schädelknochen beanspruchen, wenn dies schon bei der PG der Fall war. Sie wird weiterhin bald auf einem weiten Gebiete die einzige Hh sein, bald in großer Zahl eine dicht gedrängte Kolonie bilden, ganz wie die PG, in die sie hineingeschachtelt sind.

Und davon wird naturgemäß auch die Art der Schädelusur abhängen. Eine kleine Hh in den dem Knochen fernen Duraschichten hat keinerlei Einfluß auf die Tabula interna, die hier so viel oder so wenig usuriert ist, wie an hernienfreien Stellen. Eine aus einigen wenigen Hh zusammengesetzte Kolonie kann aber



schon eine deutliche Delle in die im übrigen noch erhaltene Tabula interna hinein erzeugen, deren lakunäre Begrenzung ihren Fortschritt andeutet. Eine sehr große solche Kolonie erzeugt eine der Fläche und Tiefe nach große Delle oder Mulde im Knochen, deren Boden, gewöhnlich von der zentral gelegenen größten Hh, zur völligen Perforation gebracht wird. Diese Bilder kommen zustande durch Hh, welche ursprünglich rein intradural, d. h. ohne räumliche Beziehung zum Knochen lagen, diesen aber sekundär angriffen, als die Kolonie an Masse beträchtlich zunahm. Eine solche Kolonie nimmt sich auch später wie eine starke, linsenförmige Verdickung der Dura aus, die eine entsprechende Usur im Knochen setzt.

Auffallend verschieden von diesen sind die folgenden Bilder. Eine einzige, kugelige, große Hh von der Form einer schmalhalsigen Urne liegt ihrer Gänze nach im Knochen und wenn ihr Durchmesser größer wird als die Schädelwanddicke, so wird die hohlkugelige Usur zur penetrierenden. Liegen zwei solche hohlkugelige Usuren nahe nebeneinander, so kann die knöcherne Scheidewand durchbrochen werden, von der nur zwei Dreiecke übrig bleiben, ein größeres am Perikranium, ein kleineres an der Dura. Dies sind jene Hh, welche sich in solche PG hinein entwickelt haben, die nicht außerhalb des Knochens rein intradural, sondern von vornherein innerhalb des Knochens lagen, freilich auch außen von etwas Duragewebe überzogen. Die eine solche Hh beherbergende, in fortschreitender Usur begriffene Knochenhöhle hat sich also die Hh nicht ab ovo erst schaffen, sondern bloß die schon für die PG präexistente Höhle allerdings wesentlich erweitern und vertiefen müssen, was schon Beneke richtig erkannte. Eine solche Hh präsentiert sich nicht als linsenförmige Verdickung der Dura, sondern als kugelig an ihrer Außenfläche vorspringendes Gebilde. Hat die Usur die ganze Schädelwanddicke durchbohrt, so kommt es im Bereiche der Knochenlücke zu einer Berührung und Verwachsung von Dura und Perikranium (Beneke).

Eine besondere Abart der eben beschriebenen Form ist die folgende: Zwischen zwei pathologisch vertieften Impressiones digitatae liegt ein breites Jugum cerebrale, dessen Diploe, wie so oft, besonders große Markräume und eine reduzierte Spongiosa besitzt, während die Tabula interna noch in breitem Ausmaße erhalten ist. Von der einen oder von beiden Impressiones her wird eine besonders große Hh in die Spongiosa des Jugum vorgetrieben, die alle



ihre Markräume erfüllt, sie durch Usur der Bälkchen zu einer großen zentralen Höhle mit Nebennischen vereinigt, alles mit Hirngewebe erfüllend. Es bleibt dann nur noch die Tabula externa und interna übrig und diese letztere, am Gipfel des Jugum, wird wie eine Tischplatte unterhöhlt und von der Endostfläche fortschreitend vom Rande her lakunär abgetragen.

Wie sonst an der Schädelinnenfläche ist die Begrenzung der knöchernen Herniengruben in den progredienten Fällen lakunär, aber die Lakunen sind durchschnittlich größer und tiefer, die Osteoklasten viel häufiger anzutreffen, als außerhalb des Hernienbereiches, ein Zeichen, daß sich hier der erhöhte Hirndruck nicht in dem maximalen, bis zur Druckatrophie oder -nekrose der Osteoklasten gesteigerten Grade geltend macht, wie sonst überall. Namentlich die hohlkugelige Usur ist vor der Übertragung des intrakraniellen Druckes dadurch etwas mehr geschützt, daß der weite Eingang in die Knochengrube durch ein Durablatt verschlossen ist, das nur durch eine ganz kleine Lücke den Durchtritt des Hernienhalses gestattet (s. u.). Weil die kugelige Hh nur mittels eines ganz dünnen Halses, durch das kleine Loch im Durablatt durch, mit dem Gehirn zusammenhängt, reißt sie bei der Obduktion vom Gehirn ab und bleibt in der Dura stecken; und weil der Eingang in die knöcherne Grube so weit ist, läßt sich dann die Hh beim Abziehen der Dura vom Knochen aus der Knochengrube mit Leichtigkeit mit herausziehen und verbleibt in ihrer Duraeinbettung.

In einer Hh-Grube des von der Hirndrucksteigerung geheilten Falles 5 sowie in der Wand eines Emissariums, das von dieser Hh-Grube ausging, fanden sich in tiefen Lakunen so massenhaft Osteoklasten an der Arbeit, wie in keinem der progredienten Fälle. Hier hat der Abbau nicht Drucksteigerung zur Ursache, bei der eine solche Entfaltung von Osteoklasten wohl wegen allzu hohen Druckes auch in keinem Falle vorkam, sondern der Abbau ist eine Teilerscheinung eines rein lokalen Umbaues, wie er bei reparatorischen Vorgängen ganz natürlich ist.

Neben den Abbauvorgängen spielt sich aber im Bereiche der knöchernen Herniengruben auch Knochenapposition ab, u. zw. in drei verschiedenen, manchmal gleichzeitig vertretenen Formen: 1. An der lakunären Innenfläche, woselbst die Dura den Knochenbildner abgibt, deren äußeres Blatt, das Endokranium



die Bedeutung des inneren Schädelperiostes hat. 2. In den Markräumen der Diploe, woselbst das Endost der Knochenbildner ist. Diese beiden Formen kommen, wie erwähnt, auch außerhalb der Herniengruben vor. 3. An der Außenfläche des Schädels, wo das Außenperiost, das Perikranium, der Knochenbildner ist.

1. Der endokranielle Knochenbau. Hier können wir uns kurz fassen, da es sich um eine Wiederholung des außerhalb des Hh-Bereiches schon beschriebenen Bildes handelt. Mit dieser Lokalisation verglichen, muß bei den progredienten Fällen die durale Apposition in den Herniengruben als häufiger, wenn auch kaum dicker bezeichnet werden (meist fehlt sie am Boden der Knochengrube) und der Osteoid- und Osteoblastensaum ist häufiger zu sehen und besser ausgebildet. Wie schon betont, dürfte eine vorübergehende Abnahme der Drucksteigerung diese Knochenapposition ermöglichen, und gerade in der Herniengrube, in die hinein sich die Drucksteigerung etwas schwerer fortpflanzt (s. o.), sind die Bedingungen zur Apposition günstiger als sonst. Immerhin ist auch hier die Schichtdicke bei den progredienten Fällen so gering, daß die Entscheidung, ob es geflechtartiger oder lamellärer Knochen sei, noch nicht möglich ist. In den größten, ein Jugum aushöhlenden Hh-Gruben bei den progredienten Fällen hatte die Apposition immerhin eine größere Flächenausdehnung, als der Abbau, bevorzugte die Knochenzacken zwischen den Knochennischen und mied die letzteren.

Daß im geheilten Falle 5 die Knochenapposition auch im Bereiche der Hh-Gruben unvergleichlich reichlicher war, als bei den progredienten Fällen, ist selbstverständlich. Oft war sie, wie bei den akuten Fällen, reichlicher als außerhalb der Hh-Gruben und fehlte am Boden der Grube, manchmal war sie aber auch sehr schwach entwickelt und die Umkehrlinie blieb auf weite Strecken unbedeckt. Wie außerhalb des Hh-Bereiches schließt die Appositionsschicht meist mit einer blauen Haltelinie ab, doch manchmal auch mit einer lakunären und die sie abbauenden Osteoklasten sind hier wohl vorhanden, sind sogar kräftig entwickelt und sie können sehr viel vom neuen Knochen wieder abtragen. Einmal enthielt dieser viele, aber feine Sharpeysche Fasern und stellenweise zeigte er auch schon Umbau in Form Aushebung von Resorptionsräumen und Verschluß derselben durch Haverssche Lamellensysteme, was außerhalb der Hh nicht zu finden war.

Die Dicke des neuen endokraniellen Knochens im geheilten



Falle wurde an neun verschiedenen Stellen gemessen und zeigt ein größeres Maximum als außerhalb der Herniengruben: 1. 6—25—54, 2. 42—67, 3. 83, 4. 92, 5. 133, 6. 8—83—154, 7. 63—83—192, 8. 33—92—259, 9. 378—483 μ. Die maximale Dicke erreichte also fast $^1/_2$ *mm*.

Mehr noch als aus diesen Zahlen wird die reparatorische Leistung der endokraniellen Knochenschicht aus den folgenden Bildern des geheilten Falles hervorgehen, von denen zwei wiedergegeben werden sollen.

Das erste: Wie noch jetzt der Verlauf der Umkehrlinie zeigt, ist seinerzeit an einer Stelle die Tabula interna gänzlich der Usur verfallen und ein Diploemarkraum eröffnet worden. In diesen hat eine Hh einen soliden Endothelhaufen, wie er in der Dura so häufig vorkommt (s. u.), hineingedrängt, wo er normaliter niemals vorkommt. Seither hat sich auf die Umkehrlinie eine dicke endokranielle Knochenschicht abgelagert, welche unter anderem das Loch des eröffneten Markraums wieder verschlossen hat und der im Markraum ausgesperrt liegen gebliebene Endothelhaufen zeugt noch davon, was sich hier abgespielt hat.

Das zweite: Die Umkehrlinie zeigt an, daß seinerzeit im Bereiche einer Hh-Kolonie eine große, totale Perforation des ganzen Schädelknochens entstanden war. Die diese Hh-Grube nunmehr auskleidende endokranielle Knochenauflagerung verschließt (mit Ausnahme zweier kleiner Lücken) das Loch im Schädelknochen wieder, wird von der Durafläche her, wie der hier befindliche Osteoblasten- und Osteoidsaum zeigt, auch jetzt noch lebhaft weiter angebaut, aber von der perikranialen Seite her abgebaut. Daher läßt sich die gesamte Leistung des endokraniellen Anbaues nicht mehr feststellen; was jetzt noch davon trotz Abbaues besteht, mißt fast $^1/_2$ *mm* Dicke. Die zwei oben genannten Lücken aber dienen nicht etwa Gefäßen zum Durchtritt, sondern sind der Ausdruck einer lokalen Hemmung der Knochenapposition durch zu enge Nachbarschaft einer großen Hh neben der größeren, einer kleinen neben der kleineren Lücke. Doch auch diese sind in fortschreitendem Verschluß, denn die Appositionslinie greift von der duralen Fläche im Bereiche der Lücken bogenförmig etwas nach außen, daher die abgelagerten Lamellen ebenfalls bogenförmig sind; und so wie jede neuhinzukommende Lamelle an der Durafläche die Dicke der neuen Knochenplatte vermehrt, so verengt sie im Bereiche der Lücke ihr Lumen.



2. Der endostale Knochenanbau kommt auch außerhalb des Hh-Bereiches vor, seine Besprechung wurde aber für diese Gelegenheit verspart. Die Tabula interna ist an der freien Fläche mit duralem Periost überzogen; an der gegen die Diploe sehenden Fläche, an der die Spongiosabälkchen inserieren, ist die Tabula interna mit Endost überzogen, welches sich kontinuierlich auch auf die inserierenden Knochenbälkchen fortsetzt. Im Falle 3, in dem die Tabula interna noch am wenigsten usuriert, immerhin aber schon deutlich verdünnt ist, kann man bereits hie und da an der Endostfläche derselben einen Osteoblastensaum auftreten sehen, der aber vorerst nur eine äußerst dünne, mit einem Osteoidsaum versehene Knochenschicht abgelagert hat. Dies ist der erste Anfang der in Rede stehenden endostalen Apposition, die sich also in dem der Tabula interna zunächst gelegenen diploetischen Markraum abspielt, aber nicht an seiner ganzen Peripherie, sondern bezeichnenderweise nur am endostalen Überzug der Tabula interna, nicht aber an den Spongiosabälkchen. Dabei bleibt der Inhalt des Markraumes unverändert zellig, bloß entlang dem Osteoblastensaum tritt ein Streifen fibrösen Marks auf, der sich sogar etwas weiter erstrecken kann, als der Osteoidsaum selbst.

Es hat diese Apposition eine reparatorische Bedeutung für die Tabula interna, die so an der duralen Fläche ab-, an der endostalen angebaut oder, anders ausgedrückt, in toto als Schicht zentrifugal verlegt wird. Insoferne das statische Bedürfnis besteht, die Tabula interna zu erhalten oder nicht unter ein gewisses Dickenmaß sinken zu lassen, ist die Vorbedingung für einen solchen reparatorischen Vorgang wohl gegeben, denn im Gegensatz zu der unter pathologischem Drucke stehenden und daher in Abbau befindlichen, duralen Fläche ist die endostale diesem Drucke völlig entrückt und daher besteht hier für einen lebhaften Anbau keinerlei Hindernis.

Es bedeutet nur einen kleinen Schritt nach vorne, wenn wir uns eine Hh-Kolonie vorstellen, die schon eine ansehnliche, dellenförmige Usur in der Tabula interna erzeugt hat. Es wird dann der endostale Anbau in der ersten Reihe der diploetischen Markräume so weit gediehen sein, daß der neue Knochen schon einen ansehnlichen Teil eines jeden Markraumes einnimmt, natürlich unter Schwund des hier früher gelegenen zelligen Knochenmarks, bis dann schließlich der ganze Markraum vom neuen Knochen vermauert ist.



Gleichzeitig nimmt aber auch der Abbau an der duralen Oberfläche des Knochens seinen Fortgang, bis dann nichts mehr von der ehemaligen Tabula interna übrig bleibt. In dieser Zeit hat die Vermauerung auch schon der zweiten Reihe der Markräume Platz gegriffen usw. Wiewohl also zu einem gewissen Zeitpunkte die ursprüngliche Tabula interna schon spurlos abgebaut ist, sind nicht etwa die Markräume der Diploe eröffnet und bloßgelegt worden, sondern durch eine Vermauerung der Markräume mit Knochen die alte Diploe zu einer Kompakta umgemodelt worden, die so als Tabula interna nova für die verloren gegangene alte einspringt. Diese neue Tabula besteht somit aus zwei sich durchdringenden Teilen, dem neuen Knochen, der alle Diploe-Markräume erfüllt (Fig. 2 T. i. n.) und den alten Spongiosabalken (a, a_1), die als Relikt im neuen Knochen eingeschlossen erhalten bleiben. Trotz völligen Fehlens der alten Tabula interna sieht man makroskopisch nicht etwa die rote Diploe bloßliegen, sondern der rauhe Knochen ist weiß.

Natürlich macht die Usur vor dieser neuen Tabula nicht etwa Halt, sondern greift ohneweiters auch diese und mit ihr die in sie eingeschlossenen Spongiosabälkchen an, doch schreitet ebenso ihr Anbau auf der entgegengesetzten, endostalen Seite weiter. Es kann so dahin kommen, daß es an einer Stelle keine markführende Diploe mehr gibt, der Knochen in toto eine Kompakta geworden ist, die also mikroskopisch aus zwei Schichten besteht, der Tabula externa und der ihr unmittelbar anliegenden Tabula interna nova. Ist so der letzte diploetische Markraum vermauert, das heißt die zentrifugale Verlegung der Tabula interna bis zur Berührung mit der externa gediehen, dann kann die Tabula interna nova nur noch an ihrer duralen Fläche abgebaut, aber außen nicht mehr angebautwerden. und daher wird sie immer dünner und schwindet endlich ganz.

Nun sollte man nach dem bisher Gesagten erwarten, daß jetzt die perikraniale Fläche der Tabula externa die kompensatorische Apposition übernimmt; doch ist dies mit den höchst unbedeutenden, weiter unten zu erwähnenden Ausnahmen gar nicht der Fall, so daß die Usur die Tabula externa nicht nur erfassen, sondern völlig aufzehren kann, wodurch der Knochendefekt zu einem penetrierenden wird (s. u.).

Bisher wurde das Verhalten der dellen- oder muldenförmigen Usur durch größere Hernienkolonien geschildert. Ganz



analog ist aber das Verhalten der hohlkugeligen Usuren bei rein intraossalen Hh. Insoferne die hier im Knochen schon präexistent steckende PG eine eigene, mit Tabula interna ausgekleidete Höhle, eine Pacchionische Grube hatte, verfällt die Tabulaauskleidung der letzteren der Usur, so wie sich in die PG eine Hh hinein entwickelt hat. So entsteht aus der glatten, engen Pacchionischen Grube eine viel größere, lakunäre Hh-Grube, die in der oben beschriebenen Weise sich mit der Tabula interna nova umgibt.

Dies gibt bei den sehr großen, die Juga cerebralia aushöhlenden, rings viele Lappen tragenden Hh dadurch ein auffallendes Bild, weil diese Tabula interna nova in einer die Tabula externa oft übersteigenden Dicke die ganze Hh umgibt, der komplizierten Form aller ihrer Seitenlappen genau in Windungen folgend. So wächst die Hh und behält trotzdem die sie einschließende und in zentrifugaler Verlagerung begriffene Tabula interna nova. Nur da, wo die den Gipfel des Jugum bildende noch ursprüngliche, von der Herniengrube ganz unterhöhlte Tabula interna die knöcherne Begrenzung der Hh bildet, ist eine unter Verlagerung vor sichgehende Erhaltung dieser knöchernen Hernienhülle nicht möglich, denn hier ist es gerade die Endostfläche der Tabula interna, die von der Hirnhernie bedrängt und abgebaut wird, während gleichzeitig ihre andere durale Fläche, dem Drucke des Gehirns selbst ausgesetzt, gleichfalls abgebaut wird. Daher verfällt dieses ursprüngliche Stück Tabula interna desto rascher der Usur.

Das bisher Gesagte betrifft bloß die räumlichen Verhältnisse der Tabula interna nova, deren histologische Einzelheiten nunmehr folgen sollen. Eine Vermauerung von Spongiosaräumen kommt beim osteoplastischen Karzinom vor, wo sie das folgende, auf den ersten Blick leicht verständliche Bild gibt: Die von den lamellären Spongiosabälkchen umgebenen Markräume sind von einem auffallend differenten, nämlich weit primitiver gebauten Knochengewebe erfüllt, das ein grobbalkiges und mehr engmaschiges Netzwerk formiert, also den Markraum nicht als solide Masse erfüllt. Ganz anders in der Tabula interna nova (Fig. 2, T. i. n.). Hier ist das neue, vermauernde Knochengewebe, offenbar dank seiner gemächlichen, nicht überstürzten Produktion, von der gleichen, reifen, lamellären Struktur wie in den Spongiosabälkchen (a) und füllt die




Markräume (Km) als solide Masse ganz oder partiell aus (Fig. 2). (Nur einmal fand sich ein den Markraum durchziehendes neues Bälkchen.) Daraus resultieren keineswegs krasse Bilder und ihre Deutung erfordert daher eine eingehende Betrachtung und Überlegung.

Wie schon erwähnt, beginnt der Anbau im ersten Markraum ausschließlich auf der endostalen Fläche der Tabula interna und auch später dehnt er sich nur noch etwas auf die anstoßenden Teile der inserierenden Spongiosabälkchen aus, nicht aber auf die ganze Zirkumferenz des Markraumes. Diese beschränkte, ungefähr dem Bruchstück eines Kreises entsprechende Appositionsfläche bringt eine ungefähr sichelförmige (Fig. 2, T. i. n,), aus schönstem lamellärem Knochen bestehende Auflagerung hervor, deren Wachstum eine Zeitlang stille steht, so daß sich eine blaue Haltelinie (Fig. 2) entwickelt. Auf diese wird nun nach neuerlicher, gleichsinniger Aufnahme des Anbaues wieder eine ungefähr sichelförmige Auflagerung abgelagert (Fig. 2) usf., bis unter ständiger exzentrischer Verkleinerung und schließlichem Schwunde des Markraumes dieser völlig vermauert ist. Nie geschieht diese Vermauerung durch konzentrische, komplett kreisförmige Haverssche Lamellensysteme, wie das in Resorptionsräumen etwa gewöhnlich ist.

Das einzige, was vom ehemaligen Markraum übrig bleibt, sind einige Blutgefäße, die unter Einengung ihres Lumens in dem Maße, als sich Lamelle auf Lamelle ablagert, in das Knochengewebe rein passiv senkrecht zur Lamellenrichtung eingewebt werden, wie am Webstuhl die Kette vom Schuß eingewebt wird oder um ein naheliegendes Beispiel aus der Knochenhistologie zu wählen, wie die Sharpeyschen Fasern in den Knochen eingewebt werden; diese im Knochen ausgesparten Gefäßkanäle (Fig. 2 VK) stehen infolge ihrer senkrechten Durchquerung der Lamellen und der Sichelform der letzteren radiär, wenn ihrer, wie oft, mehrere nebeneinander liegen. Sie können sich ferner gabelig teilen, wobei die Äste in der älteren, der Stamm in der jüngeren Ablagerung liegt.

Die Lamellen biegen sich zumeist nahe am Gefäßkanal gegen sein Lumen ein wenig ab (Fig. 2 VK links), ein Zeichen, daß knapp am Gefäß die Knochenapposition etwas verzögert ist, etwas weiter ab von ihm aber um weniges voraneilt. Die Lamellen sind also so abgebogen, daß die Konvexität der Biegung perikranialwärts sieht und im Zweifelsfalle bietet die Richtung dieser Abbiegung den sichersten Anhaltspunkt dafür, nach welcher Richtung



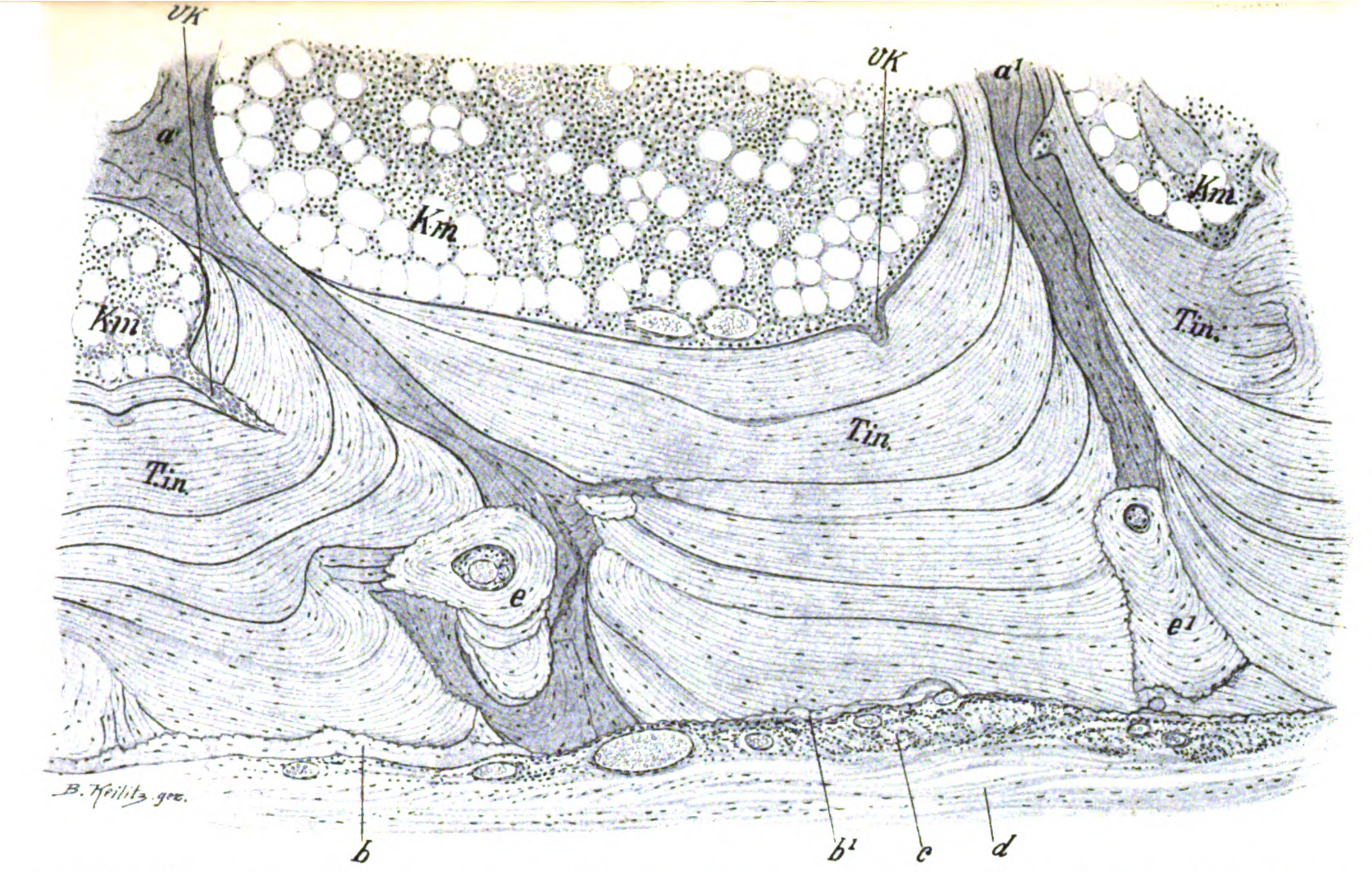


Fig. 2. Fall 5. Tabula interna nova. Vergr. 60. Km = zelliges Knochenmark mit reichlichen Fettzellen, d = Faserschicht und c = Cambium der Dura, a, a_1 = alte Spongiosabälkchen, T. i. n. = endostale Knochenneubildung mit Volkmannschen Kanälen = VK gegen die Dura mit lakunärer Linie endend, welcher duraler Knochen = b, b_1, hier in sehr geringer Menge, aufgelagert ist, e, e_1 = Haverssche Lamellensysteme.

die Apposition eines Lamellensystems erfolgte. Es geht aus der Beschreibung hervor, daß es sich um die Volkmannschen Kanäle handelt, u. zw. um die sogenannten falschen, und daß diese Ausführungen in bezug auf die Deutung der Volkmannschen Kanäle uneingeschränkt auf dem Axhausenschen Standpunkte stehen.

Am schönsten lassen sich die hier geschilderten Verhältnisse da studieren, wo die Markräume der Diploe noch nicht völlig, sondern partiell vermauert sind. Denn dann erkennt man genau, zu welchem Markraum jedes sichelförmige Stück lamellären Knochens gehört, in welches Knochenmarkgefäß jeder Volkmannsche Kanal mündet und die Spongiosabälkchen sieht man aus der Tabula interna nova emportauchen und kontinuierlich in jene übergehen, die noch als Spongiosa funktionieren.

Wir haben also gesehen, daß am histologischen Bau die Tabula interna nova mit Sicherheit von der alten zu unterscheiden ist. Diese besteht hirnwärts aus den inneren Schlußlamellen, die in ununterbrochenen parallelen Lagen hinziehen und diploewärts aus dem umgebauten Knochen, der aus nebeneinander liegenden Haversschen Lamellensystemen zusammengesetzt ist. Die Tabula interna nova hingegen besteht aus den sichelförmig aneinandergelagerten, durch Haltelinien begrenzten, radiär von Volkmannschen Kanälen durchzogenen Lamellensystemen, deren Gesamtheit Füllmassen der Diploemarkräume darstellen (Fig. 2, T. i. n.), während zwischen diesen die manchmal etwas dunkler gefärbten ursprünglichen Spongiosabälkchen (a, a_1) eingeschlossen liegen und sich, wo eine normale Diploe noch erhalten ist, sinngerecht in das Spongiosanetz der letzteren fortsetzen.

Es ist durchaus denkbar, daß nach entsprechend langem Bestande diese sehr charakteristische Struktur der Tabula interna nova durch Umbau völlig verloren geht und damit die Möglichkeit schwindet, die Tabula interna noch als nova zu erkennen. In Fig. 2 ist dieser Umbau schon dadurch eingeleitet, daß an zwei Stellen (e, e_1) größere Resorptionsräume ausgehoben und durch Haversche Lamellensysteme wieder vermauert wurden.

Diese aus reparatorischer Apposition hervorgehende Vermauerung einer Spongiosa zur Kompakta kommt allerdings in den verschiedensten Graden der Ausbildung bei den mannigfaltigsten usurierenden Knochenprozessen, ja selbst beim ganz normalen Skelettwachstum vor, z. B. an allen sich ver-



schmächtigenden Diaphysenenden. Am Schädel speziell hat sie schon Virchow gesehen, u. zw. bei der senilen Atrophie der Tabula externa und Diploe, wobei ganz analoge Verhältnisse obwalten, wie soeben bei der Tabula interna geschildert. So sah Virchow „eine neue äußere Tafel“ entstehen, in der schon makroskopisch das die Markräume füllende, junge Knochengewebe durch seine graugelbe, durchscheinende Beschaffenheit, die in diesem steckenden alten Spongiosabalken als feine, weiße netzförmige Linien schon makroskopisch auffielen.

Einige besondere Bemerkungen verdient noch der geheilte Fall 5. In diesem Falle ist zu einem Fortgang des Dickenwachstums der Tabula interna nova an der Endostfläche kein Grund mehr vorhanden, darum findet diese hier ihren auf Stillstand deutenden Abschluß mit einer blauen Haltelinie (Fig. 2). Gegen die Dura hin schließt aber die Tabula interna nova durchwegs mit der uns schon bekannten Umkehrlinie (Fig. 2) und daher ist es eben die Tabula interna nova, die fast ausschließlich der endokraniellen Knochenauflagerung zur Unterlage dient (Fig. 2 b, b_1) und stets viel dicker ist als diese, nämlich 441—875—1008 μ Dicke aufweist. Manches hohe, spitze Jugum cerebrale besteht bis zum Gipfel eben aus der Tabula interna nova. Trotzdem die Tabula interna nova an der Umkehrlinie durch die endokranielle Knochenauflagerung einen ansehnlichen Dickenzuwachs erhielt, wird sie an ihrer Endostfläche nicht etwa im Sinne einer Rückverlegung der Tabula interna an ihren alten Ort wieder lebhaft abgebaut, vielmehr sah man daselbst nur selten einige Lakunen und einen Osteoklasten und nur einmal eine zusammenhängende Abbaufläche, der schon wieder eine dünne Appositionsschicht aufgelagert ist.

Es erübrigt nur noch, über den Inhalt jener Diploemarkräume einiges nachzutragen, die den Hh-Gruben am nächsten gelegen sind. Im Falle 1 fand sich hier oft massenhaft grobscholliges, hämatogenes Pigment, offenbar nach Blutungen in den Hh. Es ist dies ein typisches Vorkommnis, daß nach einer in der Nähe eines Markraumes stattgehabten Blutung das Pigment nicht am Orte der Blutung, sondern im zunächst gelegenen Markraum anzutreffen ist. Ausnahmsweise steht ein Markraum mit der Hh-Grube in offener Verbindung und zeigt dann eine leichte Fibrose seines Knochenmarkes, in das die Duraauskleidung der Hh-Grube sich allmählich verliert. Oder aber es liegen in einem solchen Markraume



dichtgedrängte Zellen, von den Knochenmarkszellen different, mit einem Kern nach Art der Plasmazellen und einem scharf begrenzten, lichten Protoplasma. Diese Zellgruppen sind scharf gegen das zellige Mark begrenzt, welches gerade hier einmal einen Lymphfollikel mit einem Keimzentrum aufwies.

3. Der perikranielle Knochenanbau spielt unter den drei genannten die geringste Rolle, fehlt in der Regel sogar völlig. Wenn die Usur am Boden einer Hh-Grube bereits bis in die Tabula externa hineingreift und auch von dieser schon ein ansehnlicher Dickenanteil fehlt, so merkt man an der Außenfläche des Schädels meist nichts von einer perikraniellen, reparatorischen Knochenapposition. Es liegt darin ein sehr auffallender Unterschied gegenüber dem so bald, so ausgiebig und so andauernd reagierenden Endost und Endokranium der Tabula interna. Es kommt schließlich dazu, daß von der Tabula externa nur noch ein so dünnes Knochenplättchen übrig bleibt, daß es sich unter dem in der Hh-Grube herrschenden Druck nach außen ausbiegt und zum Schluß auch völlig perforiert wird, ohne die leiseste perikranielle Reaktion. Dieses Verhalten war in beiden ersten Fällen nachweisbar. Es hat so den Anschein, als stünde nicht der ganze Schädelknochen, sondern ausschließlich seine Tabula interna in einer statisch-mechanischen Beziehung zum intrakraniellen Druck, als hätten beide Tabulae jede eine andere statische Aufgabe, eigene Reaktionsweisen und Schicksale. So schwindet bei der senilen Schädelatrophie wieder vor allem die Tabula externa.

Aber im Falle 1 fand sich unter den eben genannten Verhältnissen die Tabula externa im Bereiche einer großen Hernienkolonie an zwei Stellen völlig durchbrochen und beide Male das Loch durch ein äußerst feines Knochenplättchen verschlossen, welches vom Perikranium zum Verschlusse der Löcher erzeugt wurde. Darum finden sich diese Plättchen ausschließlich im Bereiche der Löcher, ruhen der äußersten blauen Schlußlinie der alten Tabula externa auf, tragen an der appositionellen Berührungsfläche mit dem Perikranium einen Osteoidsaum, sind aber an der den Boden der Hh-Grube bildenden Fläche auch schon lakunär angenagt.

Im Falle 2 kommt es vor, daß das ganz genau ebenso beschaffene Knochenplättchen auf eine längere Strecke den alleinigen Verschluß des penetrierenden Schädeldefektes besorgt, ein klein



wenig dicker ist, so daß man erkennt, daß es aus von Umbau noch völlig freiem, schönstem lamellärem Knochen besteht, innen mit Osteoklasten, außen mit Osteoblasten überzogen und die Lamellen senkrecht von vereinzelten Volkmannschen Kanälen durchquert, an denen die Lamellen genau wie in der Tabula interna nova so abgebogen sind, daß die Konvexität der Biegung perikranialwärts gerichtet ist. Man kann daher von einer, allerdings sehr mangelhaft ausgebildeten Tabula externa nova sprechen. Diese fand sich zweimal zentral durchusuriert, zum Zeichen der im Vergleich mit der vordrängenden Usur doch allzu insuffizienten Apposition und einmal trat durch dieses Loch der Lappen einer Hh extrakraniell heraus (s. u.).

Im mikroskopisch nicht untersuchten Falle 1 von Beneke dürfte die Leistung des perikraniellen Knochenanbaues ungewöhnlich groß gewesen sein, denn das stark verdünnte Schädeldach wölbte sich an einer Stelle deutlich vor, war aber zum Schluß doch siebförmig perforiert.

Vom geheilten Falle 5 seien bloß drei Bilder wiedergegeben.

1. An einer Stelle der Basis ist der ganze Knochen bloß ein recht dünnes, sehr schön lamellär gebautes Plättchen. Dieses besteht außen aus der Tabula externa nova, innen aus der endokraniellen Knochenapposition und zwischen beiden zieht die Umkehrlinie. Dies ist der seltene Fall, wo eine Tabula externa nova und nicht eine Tabula interna nova der endokraniellen Knochenauflagerung zur Unterlage diente. Beide Knochenschichten enthalten Volkmannsche Kanäle, an deren Rande die durchbohrten Lamellen so gebogen waren, daß es klar wird, die eine Schicht sei vom Peri-, die andere vom Endokranium aufgebaut. Die Tabula externa nova und die endokranielle Knochenauflagerung sind also in verschiedener Richtung aufgebaut, die erstere in der Richtung nach außen, die letztere in der Richtung nach innen; sie sind zu verschiedenen Zeiten aufgebaut, die erstere vor, die letztere nach der Gehirnoperation; sie sind unter verschiedenen Umständen aufgebaut, die erstere, als eine Perforation des Schädelknochens drohte, die letztere, als es galt, im Heilungsstadium den verdünnten Schädel wieder zu verdicken; sie sind aus verschiedenen Gründen aufgebaut, die erstere infolge maximalster Hirndrucksteigerung, letztere infolge Heilung derselben.



2. Am Rande einer Hernienkolonie ist der präexistente Schädelknochen auf ein dünnes Plättchen reduziert und ohne daß dieses perforiert ist, sieht man außen vorbauend eine dünne Tabula externa nova aufgelagert, was aber nur dieses eine Mal vorgekommen ist.

3. Im Bereiche eines großen penetrierenden Defektes, der schon oben gelegentlich der endokraniellen Knochenauflagerung geschildert wurde, die ihn wieder verschloß, fand sich außen eine ungewöhnlich dicke, z. T. sogar schon durch Neueinlagerung von Haversschen Lamellensystemen umgebaute Tabula externa nova. Ob diese auf dem Höhepunkte der Schädelusur seinerzeit den Defekt geschlossen hatte, läßt sich jetzt nicht mehr sagen, denn nun ist sie in der Mitte weitgehend, u. zw. lakunär von der perikraniellen Seite her abgetragen und nur die endokranielle Auflagerung allein, die auch schon außen abgetragen wird, schließt den Defekt.

II. Dura.

Bevor wir zur Besprechung der pathologischen Veränderungen der Dura übergehen, müssen wir das Wichtigste aus der normalen Struktur derselben vorausschicken, aber nur soviel, als aus dem eigenen Materiale hervorgeht und zum Verständnis der pathologischen Befunde unerläßlich ist.

Die Dura cerebralis besteht aus einem sehr grobfaserigen und zellarmen Bindegewebe, welches in zwei Schichten, einer Lamina interna und externa, angeordnet ist. Abgesehen von der differenten, an vielen Stellen, aber nicht immer vorhandenen Vaskularisation sind beide Schichten aus dem gleichen Gewebe aufgebaut und daher nur dann voneinander zu unterscheiden, wenn, wie meist an der Konvexität, die Faserrichtung beider different ist. Nach Key und Retzius steht die eine unter rechtem Winkel zur anderen. Man hat daher im Schnitt recht oft z. B. die Lamina externa längs-, die interna quer geschnitten, doch kann sich im Verlaufe einer längeren Schnittserie das Verhältnis umkehren. Sind, wie so oft, beide Schichten mit ihren Fasern parallel zueinander angeordnet, so ist die Angabe der Schichtgrenze nicht möglich, es sei denn, daß die Vaskularisationsdifferenz ausgeprägt ist.

Auch die Dicke wechselt, bald ist die äußere, bald die innere dicker, beim Kind (Fall 3) war das erstere die Regel. Ausnahmsweise fand sich (Fall 5) auf der Innenfläche der Lamina interna



eine feine Lage präexistenten, nicht pathologischen, typisch duralen Bindegewebes mit der Faserrichtung senkrecht zu der der Lamina interna. In der Lamina externa konnten die von Key und Retzius so genau beschriebenen Lakunen nur in geringer Entwicklung gefunden werden. Die von M. B. Schmidt beschriebenen arachnoidealen Endothelstränge der Dura fanden sich außerhalb des Hernienbereiches nur ganz vereinzelt an der Basis und Konvexität (Fall 1, 5), um so häufiger im Bereiche der Hh der mittleren Schädelgrube; davon Näheres weiter unten.

Bei der Gefäßversorgung der Dura muß die Lamina externa und interna jede für sich besprochen werden. In der ersteren ziehen bekanntlich die Äste der Art. meningea media, oft, aber in den kleinen Ästen durchaus nicht konstant, von zwei Venen begleitet, die sich bald oberhalb, bald unterhalb der Arterie untereinander auf eine kurze Strecke verbinden. Die Zahl und Größe der Gefäße hängt vom Orte der Gewebsentnahme ab, in der mittleren Schädelgrube sind sie am größten. Recht oft sieht man die Fasern der Lamina externa längs geschnitten und zur Aufnahme der quergeschnittenen Arterie weicht das Bindegewebe zu einem Spalt auseinander, dessen von der Arterie beiderseits freigelassener, dreieckiger Raum von einem dreieckigen Bindegewebspolster eingenommen ist, dessen Fasern senkrecht zu denen des übrigen Bindegewebes also parallel zum begleitenden Gefäß verlaufen und daher auch quer geschnitten sind.

Die begleitenden Venen halten sich meist nahe an der Arterie, beim Kind aber lagen sie manchmal durch viel Bindegewebe von ihr getrennt und einmal lag im Lumen eine reine Ansammlung polynukleärer Leukozyten. Bisweilen findet man einen Arterienquerschnitt völlig zirkulär von der Vene scheidenförmig eingeschlossen, die dann eine parietale und viszerale Endothelwand hat; letztere ruht der ganz ungleich dicken Arterienadventitia auf. Die Venen haben außer der Endothelauskleidung keine selbständige Wandung.

An der Dura der Schädelbasis sind nur hie und da die geschilderten Verhältnisse anzutreffen.

Die Arterien geben nach außen an den Knochen kleine Äste ab und hie und da auch einen schräg ansteigenden Ast zum Kapillarsystem (Fig. 3C) der Lamina interna (Fig. 3L,i), das Key und Retzius so genau beschrieben und abgebildet haben. Aus diesen Kapillaren sammelt sich das Blut in ampullären Er-



weiterungen, die wieder schräg in die Lamina externa ziehen und in deren Venen münden. Beim Kind (Fall 3) waren die Kapillaren nirgends reichlich ausgebildet, im Falle 5 aber an vielen Stellen der Konvexitätsdura sehr reichlich und in einer komplizierteren Anordnung als bei Key und Retzius angegeben, wie sie aber M. B. Schmidt gelegentlich erwähnt, der von einem tieferen, zwischen beiden Hauptschichten gelegenen Netz spricht.

Es gibt nämlich im Falle 5 ein eigenes, nie mehr als einschichtiges, zwischen beiden Durablättern oder tief in dem Innern gelegenes Stratum von Gefäßen, die zum größten Teil Venen, vereinzelt auch Arterien sind. Die letzteren kommen aus den größeren Meningea-Arterien der Lamina externa, ziehen eine kurze Strecke in dem genannten Zwischenlager, von wo aus sie parallel aufsteigende Äste in die Lamina interna abgeben.

Die Venen des Zwischenlagers aber scheinen, soweit man ohne Injektionspräparate, nur nach Schnitten urteilen kann, spaltförmig, mehr zweidimensional werden zu können und verlaufen parallel zur Faserrichtung der inneren Schicht. In sie münden oft zahllose Kapillaren aus der inneren Schicht senkrecht oder leicht schräg ein, die am besten zu sehen sind, wenn die Lamina interna quergeschnitten ist. Denn dann sieht man die Kapillaren zwischen den Querschnitten der Bindegewebsbündel ziehen von den Venen des Zwischenlagers bis zur freien Oberfläche, die sie im Bereiche einer grübchenförmigen Einsenkung der Durainnenfläche erreichen, sich hier gleich dichotomisch teilen können und nun erst bogenförmig umbiegend an der freien Oberfläche hinziehen, wo sie unter einem Häutchen liegen, das nach Key und Retzius dem Duraendothel zur Unterlage dient. Oft entspringen aus einem Punkt der Vene im Zwischenlager zwei divergierend aufsteigende Kapillaren, die unterwegs zur Oberfläche in der Lamina interna Nebenäste abgeben und so Geweihform haben.

Bei dieser auffallend oberflächlichen Lage und erstaunlich großen Zahl der Kapillaren kann man sich kaum des Eindruckes erwehren, daß sie zum Inhalt des Subduralraumes in irgend einer Beziehung stehen. Im Gegensatz zu den sehr zahlreichen, aus der Lamina interna aufgenommenen Kapillaren ist die Verbindung der Venen des Zwischenlagers mit den die Arteria meningea media begleitenden Venen in der Lamina externa nur hie und da zu sehen, aber sehr weit.

Die geschilderte Intermediärschicht von Gefäßen besteht somit aus Arterien, die auf dem Wege von der Lamina externa zu den Kapillaren der Lamina interna sich hier eine Strecke aufhalten, sowie hauptsächlich aus Venen, die hier die zahllosen Kapillaren der Lamina interna sammeln und das Blut durch weite Abflußbahnen den Meningeavenen in der Lamina externa zuführen.

Im Gegensatz zu Stellen selbst der Konvexität, wo die Blutkapillaren der Lamina interna sehr spärlich sind, gibt es auch solche, wo die senkrecht von der Durainnenfläche abgehenden, sich in den Venen des Zwischenlagers sammelnden Kapillaren geradezu kavernös erweitert sind, mehr als ein Drittel des Raumes dieser Schicht beanspruchen und die Bindegewebsbündel, zwischen denen sie ziehen, weit auseinanderdrängen. Namentlich war dies der Fall an einer Stelle mit dünner pachymeningitischer Membran. Auch die sonst so enge, spaltförmige Vene kann so weit werden, daß sie ein Viertel der Duradicke einnimmt.

Nun zu den pathologischen Veränderungen.

Sowohl in den frischen Fällen progredienten Hirndrucks (Fall 1 2) als auch im geheilten Falle lag der (aus den beiden Lamellen bestehenden) Faserschicht der Dura (Fig. 2d) außen gegen den Knochen eine sehr dünne, ganz unscheinbare Gewebsschicht an, die man als Kambium (Fig. 2c) ansprechen muß, wenn die Lamina externa die Rolle des inneren Schädelperiostes, des Endokraniums spielt. Das Kambium war unvergleichlich viel dünner als die übrige Dura und bestand aus etwas reichlicheren, größeren und lichteren Bindegewebskernen, viel spärlicheren, lockereren, feineren Fibrillen und mäßig reichlichen, weiten, klaffenden, aber leeren Blutkapillaren (Fig. 2c). Die Ausbildung wechselte sehr, über einem Jugum kann das Kambium ganz fehlen, sonst pflegt es etwas mehr vorhanden zu sein, als zur Ausfüllung einer Lakune notwendig ist, selten drüber, am schlechtesten war es im Fall 5 ausgebildet.

Eine auffallende Ausnahme bildet Fall 3. Hier war das Kambium zumeist zu einer dicken Schicht angewachsen, so dick wie die Lamina externa oder noch dicker, stellenweise auch wesentlich dünner, mit sehr zahlreichen, großen, hellen Bindegewebskernen, spärlichen, feinen, lockeren Fibrillen, auffallend zahlreichen, weiten Kapillaren und vielen Riesenzellen, genau wie das Saltykow abbildet. Die meisten Riesenzellen saßen an der dem Knochen



anliegenden Außenfläche, wo sie als Osteoklasten oft eine dicht gedrängte Kette bildeten; viel spärlicher lagen sie im Kambiumgewebe selbst, hier aber dafür oft lokal auffallend gehäuft. Im Kambium oft anzutreffende Arteriolen befinden sich hier im Durchzugsverkehr von der Art. men. med. der Lamina externa zum Schädelknochen.

Wie bei Kambiumwucherungen auch anderer Knochen, so sieht man auch hier, daß diese zum Teil substituierend in die Faserschicht, hier Lamina externa, hineinwächst. Daher die Grenze zwischen beiden unscharf, an dieser beide Gewebsarten gemischt, denn das Kambium dringt mit seinem völl g differenten Gewebe zwischen die groben Fibrillenbündel der Lamina externa ein, sie auseinanderdrängend und zur Atrophie bringend. Bei dieser Ausbreitungsart gerät stellenweise auch ein verkalktes Stückchen (s. u.) der Lamina externa in das Kambium passiv hinein, weil es, kalkinkrustiert, nicht dem einfach atrophischen Schwunde verfallen kann, aber im Kambium besorgen dann die Riesenzellen seinen Abbau. Ebenso geraten auch die sogenannten „Lakunen“ der Lamina externa (Key und Retzius) passiv, aber nicht ganz ins Kambium, sondern nur in die Übergangszone, wo hie und da eine von ihnen von einer bis zwei sich abplattenden Riesenzellen umgriffen wird, die dem rätselhaften Inhalt der Lakune unmittelbar anliegen. Dies gibt Bilder, die sehr an die der Colpitis cystica emphysematosa erinnern.

Hie und da findet man im Lumen einer Kapillare, aber auch außerhalb dieses, im Kambiumgewebe selbst, namentlich in der Nähe von Riesenzellen ein Fibrinnetz, allein oder mit kleinen Gruppen von Lymphozyten untermischt. Diese können das Kapillarlumen ganz erfüllen und im Kambiumgewebe halten sie sich namentlich in Gefäßnähe auf. Diese Bilder scheinen zunächst für Saltykows Ansicht zu sprechen, daß die ganze Gewebsschicht entzündliches Produkt sei, doch darüber unten noch mehr.

Wir gelangen zur Kalkablagerung in der Dura. Es ist dies keine befremdliche Erscheinung, denn z. B. bei der senilen Osteoporose, wo ja auch viel kalkhaltiges Knochengewebe abgebaut wird, findet man oft sehr reichlich Kalkablagerung im Periost solcher Knochen.

Speziell mit der Verkalkung der Dura bei Schädelusur infolge gesteigerten Hirndrucks haben sich in neuester Zeit Chiari, Nunokawa



und Allenbach beschäftigt und gezeigt, daß Weigert 1875 dies zum erstenmal sah, später Oppenheim, Beneke, Fuchs, Orth. Es sind das lange Kalkstreifen in der äußeren Duraschicht, die schon makroskopisch auffallen und durch lokalen Kalktransport zu erklären sind; d. h. der durch die Schädelusur frei werdende Kalk wird in den durch den gesteigerten Hirndruck geschädigten äußeren Lagen der Dura abgelagert. Es hat dann Hans R. Schmidt mittels der Versilberungsmethode gezeigt, daß, dem normalen Knochenabbau an der Schädelinnenfläche entsprechend, sich vom 17. Lebensjahre an Kalk in der Dura bei jedem normalen Individuum finde, doch in viel geringerer Menge und in allen ihren Schichten, nicht nur den äußeren.

In unserem Materiale fehlte die pathologische Duraverkalkung im Falle 1, war im Falle 2 gering, weit mehr im Falle 3, sehr hochgradig im Falle 5. Die Lamina externa, also das eigentliche Innenperiost, das Endokranium, war vor allem betroffen (Fig. 3 Le) und zeigte alle Grade der Verkalkung (Fig. 3 Ka) von der gerade beginnenden feinen Bestäubung mit Kalkkörnern bis zu langen, kompakten Kalkstreifen, die sich am Rand in Form feiner Kalkspritzer oder Körnchen verlieren, vom Schädelknochen durch kalkfreies Bindegewebe der Lamina externa getrennt sind, oder mit ihm kontinuierlich zusammenhängen. Im Falle 3, wo eine besonders dicke Kambiumschicht ausgebildet war, lagen die Kalkherde ebenfalls in der Lamina externa, aber gerade an der Grenze zum Kambium, in das sie, wie schon erwähnt, gelegentlich rein passiv einbezogen werden können. Auch ohne diese Einbeziehung wurden die Kalkherde manchmal von der Kambiumseite her oder auch von einer anderen Seite durch Riesenzellen wieder abgebaut.

Im selben Falle konnten in den Kalkherden die Bindegewebszellen der Lamina externa in gehöriger Zahl nachgewiesen werden oder diese waren zum Zeichen der der Verkalkung vorangegangenen Nekrose an Zahl stark reduziert und die vorhandenen verwaschen. Da diese Bindegewebsschädigung insbesondere über dem Gipfel der Juga sich einstellen muß, ist dieser Ort bei der Kalkablagerung bevorzugt.

Eine andere Lieblingsstelle für die Kalkstreifen ist die Partie der Lamina externa, die zwischen der Meningealarterie und dem Schädelknochen liegt (s. u.). Die Konvexität ist im Vergleich mit der Basis die bei der Verkalkung bei weitem bevorzugte.

Im Falle 5, wo die Kalkablagerung besonders reichlich war, fand sie sich hie und da auch in der Lamina interna, doch in

der Regel in viel kleineren Herden. Recht oft lag dann in der Lamina externa ein großer, in der interna ein kleiner Kalkherd und beide konnten durch eine kompakte Kalkbrücke miteinander verbunden sein, oder durch eine lose Kette von Kalkhörnern oder aber beide standen in keinerlei Verbindung miteinander. Es kam auch vor, daß in der Lamina interna ein Kalkherd vorhanden war, in der externa aber fehlte. Vereinzelt lagen Kalkherde gerade an der Grenze beider Duraschichten. Endlich pflegten in solchen Duraanteilen, die, wie wir sofort hören werden, viel Knochenherde enthielten, in der Regel wenig Kalkherde gefunden werden und auch umgekehrt.

Es fiel auf, daß in einigem Umkreis um größere Kalkherde des Falles 5 das Bindegewebe anders aussah, als das der normalen Dura; es enthielt mehr Bindegewebszellen, es war lockerer gefasert, lichter rot, machte einen für diese Stelle etwas fremden Eindruck, denn es fehlte in seinem Bereiche die gewöhnliche Textur der Dura und bei der Lage in der Lamina interna fehlten gerade nur an dieser Stelle die vielen Kapillaren, ebenso war die sonst gute Grenze beider Duralagen gerade an solchen Stellen nicht mehr vorhanden, denn das veränderte Bindegewebe ging gleichmäßig über beide Schichten, wobei die gesamte Dura dicker sein konnte als sonst.

Wie dies die allgemeine Regel ist, daß am Orte von Kalkablagerung im Bindegewebe es nach längerer Zeit zur Bildung von sogenanntem metaplastischem Knochen kommt (in verkalkten Lymphdrüsen, Schilddrüsen, Arterienwänden, Varizen, Pleuraschwarten), so auch in der Dura; doch war dies nur im Falle 5 zu finden, bei dem schon 16 Monate vor dem Tode die Hirndrucksteigerung beseitigt wurde. Hier sah man oft schon an kleinen Kalkstreifen (Fig. 3 Ka) der Lamina externa (Fig. 3 Le), und zwar fast ausnahmslos an der dem Schädelknochen zugewendeten Fläche derselben ein viel kleineres, halblinsenförmiges Stückchen echt lamellären Knochengewebes anliegen (Fig. 3 Kch), wobei verkalktes Bindegewebe und Knochengewebe in Gewebskontinuität standen.

Ein langer Kalkstreifen kann einige solche kleine Knochenherde tragen. Auch solche Kalkplatten, die in Beziehung zu Arterien stehen (s. u.), können Knochenbelege tragen. Ist dann der Knochenherd zu einer bedeutenden Größe herangewachsen, so können an seiner Oberfläche noch immer kleinere Streifen verkalkten, in osteo-



klastischem Abbau begriffenen Bindegewebes in kontinuierlichem Gewebszusammenhang mit dem Knochen stehen, an der dem Gehirn oder der dem Schädel zugewendeten Seite oder an der Kante oder aber es liegt etwas kalkhaltiges Bindegewebe drin im Knochenherd.

Aber die größere Mehrzahl der überaus zahlreichen und größten Knochenherde der Dura, die man als Duraosteome ansprechen könnte, zeigt keine Beziehung mehr zu verkalkten Bindegewebsherden, an vielen ist jedoch auch jetzt noch zu erkennen, daß Kalkherde ihr erster Kristallisationspunkt waren. So liegen sie (Fig. 3 KL) wie diese fast ausnahmslos in der Lamina externa (Fig. 3 Le), bald näher der Lamina interna, bald näher dem Schädelknochen und von ihm meist durch eine Bindegewebslage der Lamina externa geschieden (Fig. 3). Sie haben in der Regel die

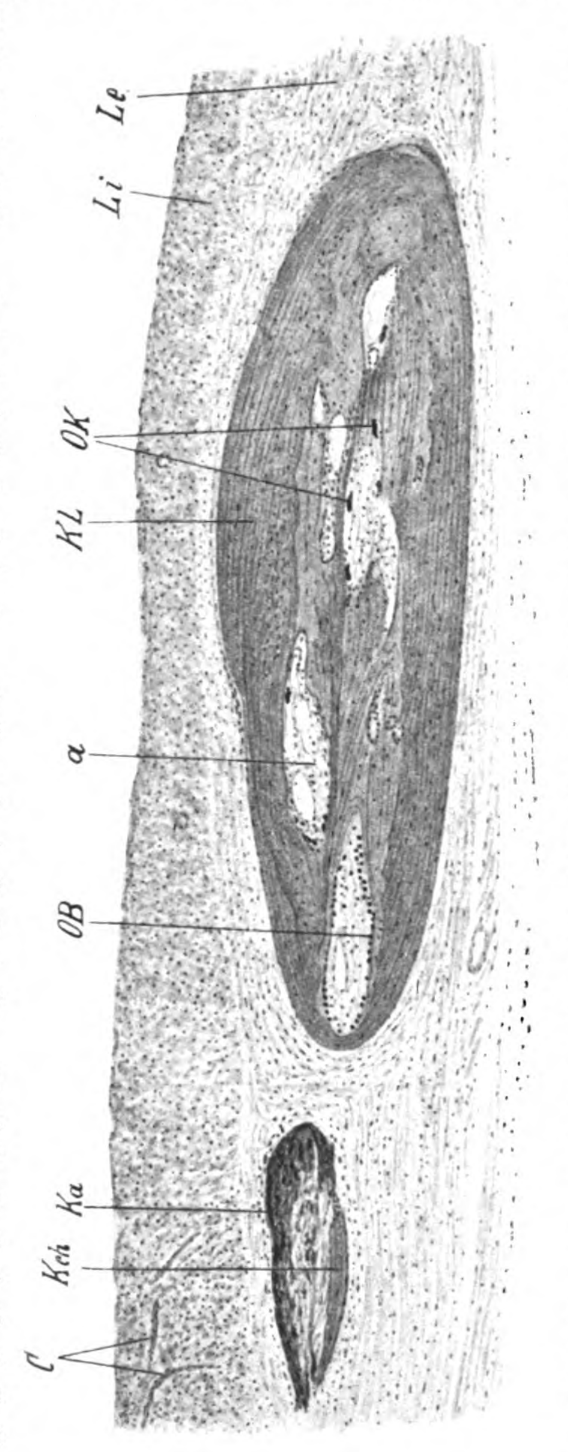


Fig. 3. Fall 5. Dura mit Kalk und Knochen. Vergr. 40. Le = längsgeschnittene Lamina externa. Li = quer geschnittene Lamina interna der Dura mit hier nur spärlichen Kapillaren = C, Ka = Kalkherd mit Kch = Knochenbelag. — KL = großer linsenförmiger Knochenherd, a = Gefäßkanäle mit Osteoklasten = OK und Osteoblasten = OB.

Form einer flachen Linse (Fig. 3 KL) und können dicker sein als die Lamina interna oder sogar die ganze Dura an anderen Stellen, aber selbst dann greift das Knochengewebe nicht in die Lamina interna hinein, sondern verdrängt sie bloß (Fig. 3). Über einem großen Knochenherd in der Lamina externa liegt ausnahmsweise, von ihm isoliert, ein viel kleinerer in der Lamina interna; diese kann aber an wenigen Stellen auch ohne die Lamina externa kleine Knochenherde enthalten. Alles Eigenschaften der den Knochenherden zum Ausgangspunkte gewordenen Kalkherde.

Das Knochengewebe ist der Hauptsache nach schön lamellär (Fig. 3 KL) und geradezu kompakt, eburneiert. Zentral manchmal kleine Anteile eines weniger reifen Knochens. Einige wenige Gefäßkanäle durchziehen den Knochen (Fig. 3 a) und gehen an seiner inneren oder äußeren Oberfläche oder an der Kante in ein Duragefäßchen über. Einige Kittlinien (Fig. 3) deuten an, daß hier schon Umbau stattgefunden hat. In der Tat sieht man sowohl an der freien Oberfläche als auch zentral in kleineren und größeren fibrösen Markräumen, die große Gefäße enthalten und den Knochen förmlich aushöhlen können, bald Osteoklasten (Fig. 3 OK) im Abbau, bald Osteoblasten im Anbau (Fig. 3 OB). Dann werden zentrale Resorptionsräume mit schönen Haversschen Lamellensystemen wieder vermauert und Abbauflächen der Außenfläche von konzentrisch herumlaufenden Lamellen überschichtet, die dem Knochenherd eine glatte Oberfläche verleihen und sein Größenwachstum besorgen.

Bei diesem Dickenwachstum des linsenförmigen Knochenherdes kommt es rein sekundär zu einer starken räumlichen Annäherung an die Tabula interna des Schädelknochens, was mehrere Folgen nach sich zieht. Infolge von Wachstumshemmung hört dann nämlich das appositionelle Dickenwachstum des Knochenherdes an seiner dem Schädel zugewendeten Oberfläche auf, während die dem Gehirn zugewendete Oberfläche weiter apponiert, ein an dem Lamellenverlauf leicht erkennbares Verhalten. Aber auch die Innenfläche der Tabula interna, von der wir schon gehört haben, daß sie eine neue reparatorische Knochenschicht apponiert, wird gerade an den Stellen duraler Knochenherde in dieser Apposition nach einiger Zeit gehemmt, während sie sonst überall ungehemmt weiter geht. Aus dieser Hemmung resultieren die in Fig. 1 mit b, b bezeichneten Grübchen, die aber infolge der doch auch hier vorhandenen neuen Auflagerung so geglättet sind, wie die ganze übrige Tabula interna.



Und endlich kommt es dazu, daß der durale Knochenherd sekundär gerade im Bereiche dieses Grübchens der Tabula interna mit dieser verwächst, doch so lose, daß schon makroskopisch auf den ersten Blick der richtige Eindruck des bloßen Angeklebtseins entsteht (Fig. 1 c, d); dabei ragt der angeklebte durale Knochenherd merklich über die Schädelinnenfläche hervor, denn er ist nicht nur in der Dura entstanden, sondern liegt auch jetzt noch, trotz Verwachsung mit dem Schädel, in der Dura.

Innerhalb der Dura selbst nun kommt es sehr oft vor, daß zwei oder mehrere nahe neben-, viel seltener übereinander gelegene Knochenherde sekundär infolge ihrer Größenzunahme zusammenwachsen. Dann sieht man bei seitlicher Verwachsung zweier kleiner, linsenförmiger Herde einen großen biskuitförmigen resultieren, in dem jeder ursprünglich selbständige Teil eine eigene Lamellenschichtung aufweist, über der außen die großen, gemeinsamen Lamellentouren hinwegziehen. Durch Verwachsung von kleineren Herden kann ein vielgestaltiger, über 1 *cm* großer Herd resultieren (Fig. 1 d).

Ob andererseits der lakunäre Abbau durale Knochenherde zum völligen Verschwinden bringen kann, ist nicht zu sagen. Doch begegnet man zuweilen Knochenherden, die, nach dem Lamellenverlauf zu urteilen, ehedem linsenförmig waren, jetzt bloß die Form einer halben Linse haben; wie die Abbaufläche zeigt, liegt die verloren gegangene Hälfte hirnwärts, die erhaltene schädelwärts.

Die hier geschilderte Bildung von Knochenherden in der verkalkten Dura und die sekundäre Anklebung dieser Knochenstücke an den Schädelknochen bei Heilung gesteigerten Hirndruckes ist anscheinend bisher nicht bekannt, denn im Falle 3 von Saltykow scheint es sich in mancher Hinsicht um etwas anderes zu handeln. Soweit der knappen Mitteilung zu entnehmen ist, bestand weder eine langdauernde, noch gar eine geheilte Steigerung des Hirndruckes, sondern „nur eine akute Veränderung in der Schädelhöhle in Form einer Sinusthrombose", allerdings aus nicht genannter Ursache. Aber es bestand in der Dura eine Wucherung sehr zellreichen Bindegewebes, welches tief in die Tabula interna hineinragte, ihre Lamellenstruktur unterbrechend. Die Verkalkung betraf oft die ganze Duradicke und an anderen Stellen war die Dura durch neugebildetes Knochengewebe überhaupt ersetzt, das mit der Tabula interna zu einer einheitlichen Masse geworden ist. Daher die Diagnose ossifizierende Periostitis. Wohl nur für diesen Fall erscheint es S. unwahrscheinlich, daß der Prozeß mit osteoklastischem Abbau des Schädelknochens begann, der zu lokalem Kalktransport und dieser zur Bindegewebswucherung führte. Der Fall ist aber auch genetisch und morphologisch von den Fällen mit gesteigertem Hirndruck völlig different, wohl eine ossifizierende Pachymeningitis externa, deren





Ursache noch festzustellen wäre, und gestattet daher keinerlei Schlüsse auf die Fälle von gesteigertem Hirndruck. Der Fall verdiente eine genaue Bearbeitung, nach der sich die völlige Trennung derselben von dem hier bearbeiteten Materiale ergeben dürfte.

Für die Veränderungen aber, die eine pathologische Steigerung des intrakraniellen Druckes zur Ursache haben, steht der folgende Hergang zurecht. Das erste ist der osteoklastische Abbau des Schädelknochens mit zeitweiliger, gelegentlich Remissionen eintretender, höchst unbedeutender Ablagerung von neuem Knochen auf die Abbaufläche, schon zur Zeit progredienten Hirndruckes. Bei all diesen Vorgängen kommt es wie immer zu einer Kambiumwucherung, die aber noch nicht zur Diagnose Periostitis berechtigt, ebensowenig wie die Knochenapposition auf der Usurfläche. Diese Knochenneubildung ist vielmehr eine statisch bedingte, pathologische Regeneration des durch die pathologische Usur verloren gegangenen Knochens, wofür das normale Paradigma beim physiologischen Umbau des wachsenden Knochens zu finden ist, bei dem das Kambium, wenn der Vorgang noch lebhaft ist, ebenfalls dicker ist als später.

Warum aber die Kambiumwucherung in verschiedenen progredienten Fällen und im selben Falle an verschiedenen Stellen so verschieden intensiv ausfällt, ist noch immer nicht klar. Daß aber die regenerative Knochenneubildung an der Schädelinnenfläche nach Beseitigung des Hirndruckes ein ganz erhebliches Ausmaß gewinnen kann, ist am Falle 5 gezeigt. Und gerade hier war die Kambiumwucherung meist nur spurenweise feststellbar, vielleicht schon wieder zurückgebildet. Im progredienten Falle 3 mit der noch nicht lang dauernden Hirndrucksteigerung war die Kambiumwucherung noch erheblicher als in den zwei ersten Fällen von Saltykow und enthielt zum Unterschiede von diesen spurenweise Andeutungen einer ganz gelinden Entzündung. Diese Differenz konnte darauf beruhen, daß es sich bei S. um Hirntumoren, bei uns um Hirnabszeß handelte. Eine solche akzidentelle Entzündung konnte die Kambiumwucherung steigern, aber etwas Kardinales ist sie nicht, denn auch ohne sie wuchert das Kambium.

Die Kalkablagerung in der Faserschicht des Periostes aber, hier in der Lamina externa durae, ist nach der sicher richtigen Auffassung Nunokawas die Folge des Knochenabbaues, hat nach H. R. Schmidt sein physiologisches Paradigma in der Dura selbst



beim physiologischen Schädelwachstum und beruht auf lokalem Kalktransport.

Daß diese Kalkherde nach längerer Zeit und insbesondere nach Beseitigung der Hirndrucksteigerung zum Ausgangspunkte von sogenannter metaplastischer Knochenbildung werden können, zeigt Fall 5. Aber auch das ist keine ossifizierende Periostitis, kein auf der freien Knochenoberfläche aufschießendes entzündliches Osteophyt, sondern eine sogenannte metaplastische Knochenbildung im verkalkten Bindegewebe, wozu entzündliche Vorgänge weder nötig sind, noch nachweisbar waren. Der Zusammenhang dieser neugebildeten duralen Knochenplättchen mit dem Schädelknochen aber wird nachweislich erst sekundär hergestellt.

Die hier vertretene Auffassung dürfte auch für die zwei ersten Fälle von Saltykow zutreffen und kann durch den gelegentlichen Nachweis von Entzündungsspuren nicht entkräftet werden. Es wäre unzweckmäßig, seinen dritten Fall hier miteinzubeziehen, denn dieser beruht wohl auf Entzündung, ist eine Pachymeningitis externa oder, allgemeiner nach S. ausgedrückt, eine chronische, ossifizierende Periostitis.

Wir gehen über zur Besprechung von Veränderungen der Duraarterien, die auf Dekubitaldruck beruhen. Trotz oft unmittelbarer Nähe waren die Venen niemals mitbetroffen. Die veränderten Arterien, größere und kleine Äste der Arteria meningia media, lagen ausnahmslos in der Lamina externa der Dura.

Trotzdem die Arterien durch eine verschieden dicke Schicht derben Bindegewebes der Lamina externa vom Schädelknochen getrennt waren, im Falle 3 überdies durch die recht hohe Schicht des weichen Kambiums, sitzt die Wandveränderung in der Regel ausschließlich genau an jenem Teil der Gefäßzirkumferenz, der dem Schädelknochen zugekehrt ist, woraus die Deutung der Genese der Veränderung aus Dekubitus sich von selbst aufzwingt. Im Falle 3 wäre es übrigens möglich, daß die das Angepreßtsein der Duraarterien durch den gesteigerten Hirndruck an den Schädelknochen sicher mildernde Kambiumwucherung sich eingestellt hatte, nachdem die Beschädigung der Gefäßwand schon erfolgt war.

Die Ausnahmen von der Regel, daß nur der dem Schädelknochen zugekehrte Abschnitt der Gefäßzirkumferenz der beschädigte ist, sind übrigens derart beschaffen, daß sie die Annahme einer



Druckgenese der Veränderung nur unterstützen. Es ist nämlich, wenn auch unvergleichlich viel seltener, der dem genannten gerade gegenüberliegende, dem Gehirn zugekehrte Gefäßwandabschnitt, der eine gleichartige, wenn auch viel mildere Veränderung zeigt, während die seitliche, also weder dem Knochen, noch dem Gehirn zugekehrte Wandpartie ausnahmslos normal vorgefunden wurde. Das Mitbetroffensein des dem Gehirn zugewendeten Wandabschnittes ist nur so zu verstehen, daß er durch den Gehirndruck an den gegenüberliegenden Wandabschnitten angepreßt wurde, was aber offenbar nur ausnahmsweise und nur bei besonders begünstigenden Umständen eintritt.

Zu diesen gehört die Zartheit der Gewebe der Dura und der Gefäße und die geringe Entwicklung der das Gefäß vom Schädelinnern trennenden Lamina interna durae. Diese begünstigenden Momente sind beim Kind (Fall 3) realisiert gewesen, daher bei diesem die Beschädigung auch des inneren Gefäßwandabschnittes sich viel häufiger fand, als beim Erwachsenen (Fall 5).

Bei diesem fand sich die Beschädigung des inneren Wandabschnittes niemals am glatten Duraabschnitt der Konvexität wie beim Kind, sondern nur an der Dura der Schädelbasis, wo eine größere Arterie nicht einfach an den Knochen angedrückt, sondern bald an der scharfen Kante eines hohen Jugum cerebrale, bald zufällig an einer spitzen Knochenpyramide winkelig abgeknickt wird, wie sie beim Beschreiben der Knochenusur geschildert wurde. Natürlich war an solchen Stellen die Veränderung des äußeren, also dem Knochen zugekehrten und ihm fest aufgepreßten Wandabschnittes viel stärker als die des inneren (s. u.). Diese lokal begünstigenden Momente ereignen sich an der so viel unebeneren Schädelbasis viel eher als an der relativ glatten Konvexität. Die so typische Schädigung der Außenzirkumferenz des Gefäßes an der Konvexität aber ist unvergleichlich viel häufiger. Doch sind auch an der Konvexität nicht etwa alle Gefäße betroffen, was von differenten, lokalen Bedingungen abhängen dürfte, vor allem davon, ob das Gefäß über einer Hirnwindung oder einem Sulcus liegt.

Bei der Schilderung der Veränderung wird in der Weise vorgegangen werden, daß von den leichten zu den schweren fortgeschritten wird, wobei stets zuerst das rezente Stadium des progredienten Falles 3, dann das geheilte Stadium des Falles 5 zur



Sprache kommt, bei dem der gesteigerte Hirndruck 16 Monate ante mortem beseitigt wurde, in welcher Zeit die Gefäßschädigung zur Heilung Gelegenheit fand.

Der leichtere Grad der Veränderung zeigt im rezenten Stadium an der Außenwand (d. i. die dem Schädelknochen zugekehrte Zirkumferenz) des Gefäßes bloß eine Druckatrophie der Media, die also verschmälert ist, daher weniger Kerne enthält, im übrigen aber den normalen Farbenton annimmt, während die innere Grenzelastika nur in ganz niedrigen, durch den Druck geglätteten Windungen hinzieht und die ihr aufruhende Intima von normaler Zartheit, ihr Endothel intakt ist. Wenn sich, wie im Falle 3 eben nicht ganz selten, die gleiche Veränderung auch an der gegenüberliegenden Innenwand findet, dann pflegt das Gefäßlumen oft noch von dem erlittenen Druck Biskuitform zu zeigen. An den Seitenabschnitten der Gefäßwand ist die Media deutlich dicker, die innere Grenzelastika in steile Windungen gelegt, die Intima und ihr Endothel normal.

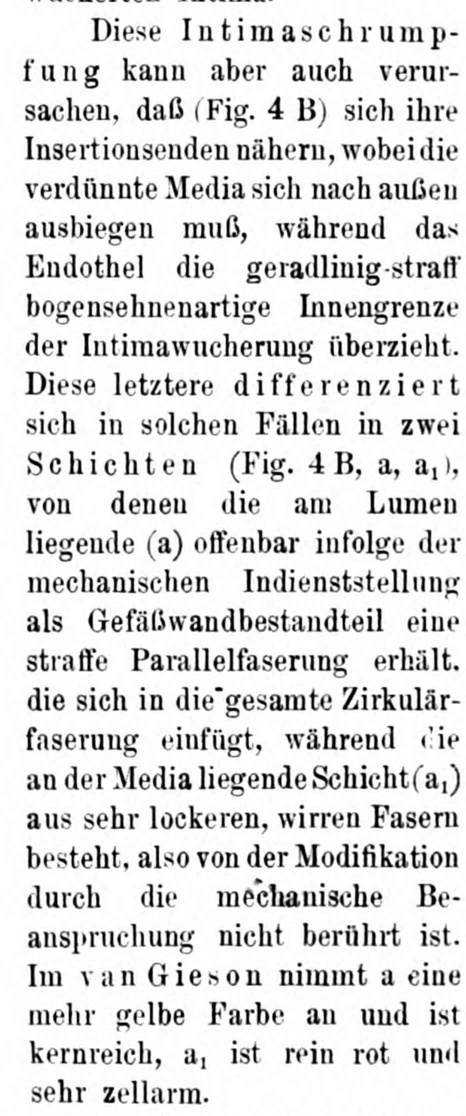
Im geheilten Stadium des Falles 5 fand sich die Veränderung hier so, wie auch in den höheren Graden der Veränderung, ausschließlich in der Außenwand und bestand in einer auffallenden Mediaatrophie (Fig. 4 A, b) bei intakter innerer Grenzelastika (E), aber deutlicher reparatorischer Intimawucherung (a), die gegen das freie Lumen mit dem intakten Endothel abschließt. Thrombotischer Gefäßverschluß fand sich bei keinem Grade der Veränderung. Im ganzen übrigen Gefäßabschnitt ist die Media (M) normal dick, die Intima (I) normal zart.

Die beschädigte Wandseite ist trotz der Mediaatrophie dank der Intimawucherung oft auf ihre normale Dickendimension gebracht, das Lumen von scheinbar ganz normaler Weite und Gestalt, was bei kleinen Gefäßen und der gewöhnlichen Hämalaun-Eosinfärbung ein Übersehen der Veränderung leicht verständlich macht. Aber bei der mit Weigert-Elastika kombinierten van Gieson-Färbung, nach der die halbschematischen Bilder der Fig. 4 hergestellt sind, ist die Veränderung sehr auffallend.

Hiebei kann man manchmal den gewucherten Intimapolster mit einer aus Aufspaltung der inneren Grenzelastika entstandenen reichlichen Menge elastischer Fasern ausgestattet finden, wovon in Fig. 4 A, C bloß einzelne Fäserchen nahe dem Endothel zu sehen sind. Doch auch diese können fehlen (Fig. 4 B). Aber die stets

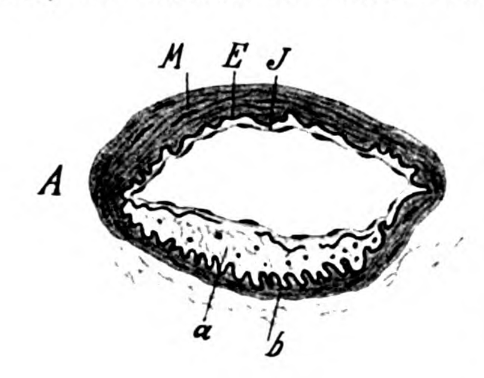


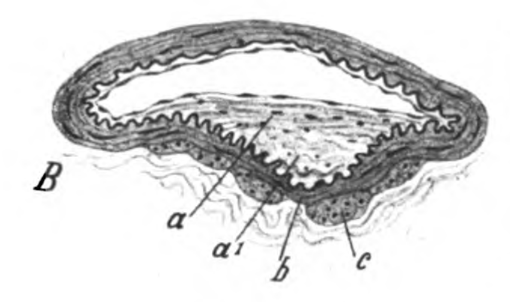
unversehrte innere Grenzelastika selbst hat einen oft sehr gewundenen Verlauf (Fig. 4 A), was in sehr auffallender Weise gegen das rezente Stadium kontrastiert, wohl ein Effekt der schrumpfenden, die Elastika in Falten zusammenraffenden Wirkung der gewucherten Intima.



Diese Intimaschrumpfung kann aber auch verursachen, daß (Fig. 4 B) sich ihre Insertionsenden nähern, wobei die verdünnte Media sich nach außen ausbiegen muß, während das Endothel die geradlinig-straff bogensehnenartige Innengrenze der Intimawucherung überzieht. Diese letztere differenziert sich in solchen Fällen in zwei Schichten (Fig. 4 B, a, a_1), von denen die am Lumen liegende (a) offenbar infolge der mechanischen Indienststellung als Gefäßwandbestandteil eine straffe Parallelfaserung erhält, die sich in die gesamte Zirkulärfaserung einfügt, während die an der Media liegende Schicht (a_1) aus sehr lockeren, wirren Fasern besteht, also von der Modifikation durch die mechanische Beanspruchung nicht berührt ist. Im van Gieson nimmt a eine mehr gelbe Farbe an und ist kernreich, a_1 ist rein rot und sehr zellarm.

Nur hie und da findet man der atrophischen Media von außen wie ein fremdartiges Gewebe in bald geringer, bald sehr reichlicher Menge angelagert (Fig. 4 c in B, C), das aus





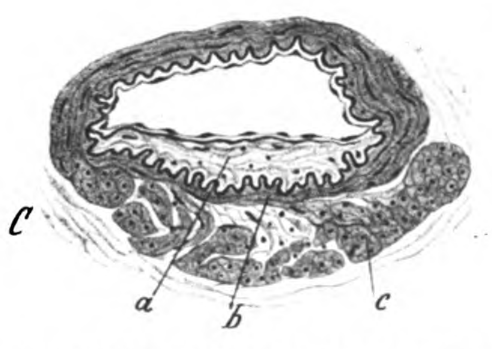


Fig. 4 A, B, C. Fall 5. **Geheilter Gefäßdekubitus.** M = Media, E = Innere Grenzelastika, I = Intima, a = Intimawucherung mit a_1 = fibrösem Teil, b = verdünnte Media, c = Längsmuskelfasern, K = Kalkplatte, A, B, C = Kontinuität der Media noch gewahrt, D, E, F = Kontinuität der Media unterbrochen, G, H, J = Einbeziehung der Gefäße in die Kalkplatte. Erklärung im Text.

glatten Muskelfasern besteht. Diese verlaufen nicht zirkulär, wie in der ursprünglichen Media, sondern longitudinal und dürften die Bedeutung eines lokalen Regenerationsversuches haben.

Der Gefäßdekubitus ist ein Beispiel dafür, daß die zur Wucherung unter den verschiedensten Einflüssen so sehr geneigte Intima in der gleichen Weise auch bei mechanischen Läsionen reagiert. Nur scheint dazu beim Gefäßdekubitus etwas Zeit erforderlich zu sein, denn im Falle 3 war dies nur sehr ausnahmsweise schon zu sehen, im Falle 5 fehlte es nie. Ferner bewährt sich beim Gefäßdekubitus die Regel, daß bei einer schädlichen Einwirkung auf ein Organ seine hauptsächlich funktionierenden, also feinst organisierten Bestandteile sich als die empfindlichsten erweisen und am schwersten verändert werden, beim Gefäß eben die Media, was bei den schwereren Graden der Veränderung noch viel mehr in die Augen springt.

Der schwerere Grad der Veränderung ist durch den Verlust der Media in ihrer ganzen Dicke charakterisiert. Wie der rezente Fall 3 zeigt, kommt dies durch Nekrose zustande, in deren Bereiche die Media dünner ist, pyknotische oder gar keine Kerne mehr enthält und im Gegensatz zum mehr violetten Farbenton der normalen Media einen rein roten annimmt. Auch die der Media außen anliegende Bindegewebspartie kann nekrotisch sein, während die ihr anliegende Intima völlig unverändert, das Lumen frei von Thrombose ist. Also eine Drucknekrose der Media, nicht aber der Intima, wie natürlich die Außenwand, nur selten und nur beim Kind (Fall 3), auch die Innenwand betreffend. Die Seitenwand aber war stets normal. Wenn, wie so oft, von der Außenwand ein kleiner Arterienast abgeht, der durchs gewucherte Kambium zum Schädelknochen zieht, so passiert dieser Ast die nekrotische Media anstandslos, ohne selbst dabei verändert zu sein. In der Schnittserie kann man verfolgen, wie ein normales Gefäß erst die leichte, im weiteren Verlaufe die schwere Veränderung aufweist, um dann schließlich in eine normale Partie überzugehen.

Im geheilten Zustande (Fall 5) resultieren die Bilder Fig. 4 D, E, F. Die seinerzeit nekrotisch gewordene Media ist spurlos resorbiert, der Mediaring weist einen kompletten Defekt auf, der aber mittels des gewucherten, manchmal auch mit Elastika ausgestatteten Intimapolsters ausgeflickt ist (Fig. 4 D, a).



Dieser ist oft so kunstvoll in den Defekt eingepaßt, von ungefähr gleicher Dicke wie die Media selbst und das Lumen anscheinend in keiner Weise mißstaltend, daß die Veränderung sehr leicht unbemerkt bleibt. Bei der Elastika-van Gieson-Färbung sind aber die Bilder sehr auffallend und die Differenzierung der Intima in die schon beschriebenen zwei Schichten (Fig. E, F, a, a_1) ganz klar.

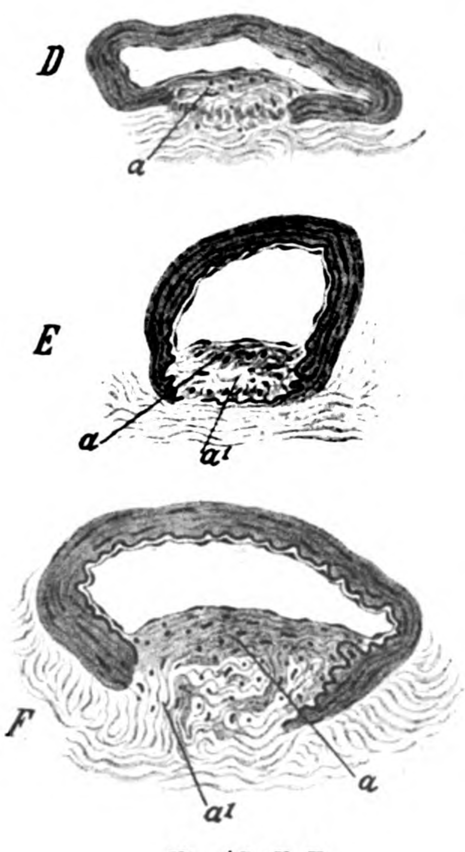


Fig. 4 D, E, F.

Oft ist aber die wandersetzende Intimawucherung deutlich (E) oder wesentlich dicker als die Media und diese Wandverdickung fällt dann auch bei der gewöhnlichen Färbung auf. Daß diese Wucherung der Intima angehört, ist namentlich an solchen Bildern klar zu sehen, in denen wohl die ganze Mediadicke verloren gegangen ist, aber die innere Grenzelastika gerade noch komplett oder mit unwesentlichen Unterbrechungen (Fig. 4 E) erhalten ist. Denn dann sieht man die ganze, den Wandersatz besorgende Gewebswucherung innerhalb der Grenzelastika liegen. Genau um den Betrag dieser Intimawucherung ist das Gefäßlumen natürlich verengt, während es ohne Elastikafärbung normal zu sein schien, weil die Intimawucherung für das Gewebskontinuum der Media angesprochen wurde. In E ist übrigens auch noch die Abplattung des Gefäßes auf der geschädigten Seite zu sehen.

Sehr oft aber ist nicht nur die Media, sondern auch die innere Grenzelastika völlig unterbrochen (Fig. 4 F), weshalb sich an der reparatorischen Gewebswucherung außer der Intima (a) auch noch das außen der Media anliegende, durale Bindegewebe beteiligt (a_1). Es fällt dann die Gewebswucherung recht groß aus und verengt das Lumen schon erheblich (F).



Bei gewöhnlicher Färbung und ungenügender Vergrößerung kann Fig. 4 F, a als die kontinuierliche Fortsetzung der Media imponieren und dann fällt die Lumenverengung nicht auf. Hingegen erkennt man die innere Grenzelastika auch ohne spezifische Färbung recht gut und sieht sie infolge ihrer Unterbrechung plötzlich enden. Weil aber dieses Ende (Fig. 4 F, rechts) so weit außerhalb der vermeintlichen Mediafortsetzung a liegt und das mit dem Elastikaende mit nach außen wie aufgebogene Ende der Media bei Hämalaun-Eosin von dem es einschließenden Bindegewebe nicht leicht zu differenzieren ist, so hat es den Anschein, als läge eine geheilte Berstung des Gefäßes vor, mit Einheilung des Elastikarißendes weit abseits im umgebenden Duragewebe. Bei der Elastika-van Gieson-Färbung kann aber diese unrichtige Auffassung nicht einen Moment aufkommen.

Die im rezenten Stadium noch sichtbaren Abgänge von Arteriennebenästen mit anstandslosem Durchtritt durch die nekrotische Media werden im geheilten Stadium völlig vermißt. Sie müssen schon zur Zeit der Resorption der nekrotischen Media und der folgenden Intimawucherung zerstört und verödet sein. In einem Gefäß mit totalem Mediadefekt, aber noch erhaltener innerer Grenzelastika sah man außerhalb dieser einige längs verlaufende Muskelfasern, die wir schon kennen.

Eine sehr auffallende, häufige, meist nur kleinere Gefäße betreffende Besonderheit des Gefäßdekubitus ist seine Kombination mit Verkalkung, die aber ganz ausnahmslos die Außenwand des Gefäßes betraf, niemals die Innenwand, hingegen nicht nur im geheilten, sondern im rezenten Fall schon reichlich nachweisbar war. Eine Beziehung von Gefäßen zu den Knochenherden der Dura konnte nirgends gefunden werden.

Wenn auch viele druckbeschädigte Arterien keinerlei Beziehung zu Kalkplatten haben und ebensoviele Verkalkungsherde der Dura nichts mit Gefäßen zu tun haben, so muß es doch auffallen, daß sehr oft gerade jene Schicht der Lamina externa der Dura, welche zwischen dem druckbeschädigten Gefäß und dem Schädelknochen liegt, Sitz eines Verkalkungsherdes ist. Dieses Stück Bindegewebe liegt sozusagen zwischen Hammer und Amboß, wird also vor allem jene Beschädigung erfahren, die der Kalkablagerung vorauszugehen pflegt. Hier wird aber auch der Knochenabbau, also das

Freiwerden von Kalk, vorherrschen. Im Falle 3 lag dieser dem Gefäß beigesellte. verkalkte Duraherd oft gerade an der Grenze zum Kambium. Ein direkter Kontakt zwischen Kalkherd und Gefäß muß nicht immer da sein, da kalkloses Duragewebe zwischen beiden liegen kann; aber im Verlaufe der Serie kann sich dieser Kontakt in verschiedenem Grade oder in immer intensiverem Grade herstellen und in noch weiterem Verlaufe wieder lösen.

Die Verkalkung kann gerade nur noch das außerhalb der Media gelegene Bindegewebe erreichen, sie kann aber auch einen Teil der Mediadicke (Fig. 4 G) oder die ganze Mediadicke durchsetzen, wobei die noch völlig intakte innere Grenzelastika vom Kalk gerade noch verschont wird. Der verkalkte Mediaabschnitt kann noch seine Kerne enthalten oder schon ganz kernlos sein. Es kann die Media von der Verkalkung aber auch in größerer Längenausdehnung betroffen sein mit gleichzeitiger Unterbrechung auch der inneren Grenzelastika, wobei Media und Elastika am Kalkherd schroff enden, oder es kann das Elastikaende noch etwas in den Kalk hineinziehen (Fig. 4 H). Es handelt sich also um eine bald leichte, bald schwere Druckbeschädigung des Gefäßes und der zwischen ihm und dem Schädelknochen gelegenen Duraschichten, mit nachträglicher gemeinsamer Verkalkung beider in verschiedenem Ausmaße. Die an der Kalkplatte arbeitenden Osteoklasten gelangen dann manchmal bis in die Arterienwand hinein.

Das alles ist schon im rezenten Falle 3 ebenso ausgebildet wie im geheilten Falle 5. In beiden Fällen different verhält sich aber die Intima. Diese ist im Falle 3 fast immer völlig unverändert, daher auch das Lumen frei von Thrombose. Das zunächst etwas befremdliche Intaktbleiben des dem Kalk unmittelbar aufruhenden Endothels ist aber eine gewöhnliche Erscheinung, z. B. bei Kalkmetastase in den Kapillaren von Niere, Lunge und Gehirn und sogar auf der verkalkten Membrana propria der Tubuli recti der Niere aufruhendes Epithel erhält sich.

Im geheilten Falle 5 aber erfährt die Intima sogar eine Wucherung, wie sie in gleicher Intensität ohne die Kombination mit der Verkalkung nicht vorkommt (Fig. 4 G, H, I). Das gewucherte Gewebe liegt innerhalb des Elastikaringes, gehört also sicher der Intima an und nimmt einen so großen Teil des alten Lumens ein. daß dieses oft nur auf eine geringe Größe reduziert ist (G, H, I). Besser als bei den bisher geschilderten Veränderungen sieht man

hier die schon beschriebene Differenzierung der gewucherten Intima in die zwei Schichten a und a_1 (G, H, I), wobei die ungeordnete, lockere Schicht a_1 durch Gewebsdehiszenz so an Gewebselementen verarmen kann, daß sie wie eine leere Lücke erscheint und bei gewöhnlicher Färbung ein zweites Lumen vortäuschen kann, das freilich im Gegensatz zum echten niemals eine Endothelbekleidung aufweist. Immerhin kann beim ersten Blick der Eindruck entstehen, als läge der Querschnitt einer Arteriengabelung vor, wobei die Schicht **a** (Fig. 4 G) die Scheidewand abgibt. Wieder bewahrt der Elastika-van-Giesonschnitt vor solcher Täuschung.

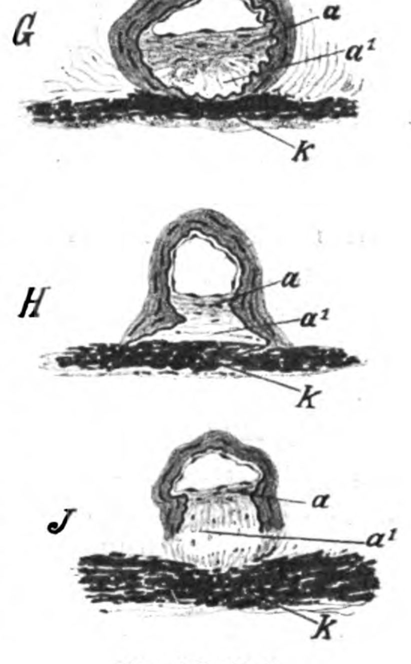


Fig. 4 G, H, I.

Auch der nachträglich schrumpfende Charakter der Intimawucherung gelangt hier besonders schön zum Ausdruck, indem die Media samt Elastika da, wo die Schicht a an ihnen inseriert, spornartig gegen das Zentrum zusammengezogen werden (Fig. 4 H, I). Dies bewirkt eine noch weitere Verkleinerung des schon ohnehin reduzierten Gefäßlumens und eine noch weitergehende Ausschaltung der außerhalb dieser Sporne gelegenen Abschnitte der Media sowie des Gewebes a (Fig. 4 H) aus der mechanischen Beanspruchung durch den Blutdruck.

An Fig. 4 H erkennt man den seinerzeitigen Durchmesser des Gefäßes an der durch die Kalkplatte K fixiert gehaltenen Distanz der abgebrochenen Mediaenden und so kann man ungefähr ermessen, wie hochgradig das Lumen durch die Intimawucherung und die spornartige Zusammenziehung der Media reduziert ist und welcher Bruchteil der ehemaligen Arterienwand noch als solche in Verwendung steht.

Wie schon erwähnt, macht es den Eindruck, als seien es vor allem die kleineren Arterien, bei denen sich die Drucknekrose mit Verkalkung kombiniert. Es mag aber sein, daß dieser Eindruck durch die erst infolge des pathologischen Prozesses sekundär erfolgte Verkleinerung des Gefäßes entsteht, daß das z. B.

in H dargestellte Gefäß seinerzeit etwa vom Kaliber des Gefäßes E gewesen ist.

Es bleibt nur noch übrig, einiges über die Veränderung größerer Arterien zu sagen, wie sie sich gerade in der Dura der Schädelbasis des geheilten Falles 5 und in ganz gleicher Weise auch im progredienten Falle 2 fanden und daselbst, wie schon erwähnt, nicht durch einfaches Angepreßtsein an den glatten Schädelknochen entsteht, wie in der bisher allein berücksichtigten Konvexitätsdura, sondern vor allem durch winkelige Knickung über einem Jugumfirst oder einem anderen Knochenvorsprung (s. o.).

Die Situation kann z. B. die folgende sein: Eine Arterie zieht über eine tiefe Impressio digitalis hinweg, dabei den diese Impressio begrenzenden Juga eng angepreßt. Im Bereiche der Impressio aber wird das Gefäß durch dazwischen gelagerte Hirnhernien und Pacchionische Granulationen vom Knochen fern gehalten, ist daher an dieser Stelle völlig unversehrt, über den Juga aber sehr schwer verändert, mehr als irgendwo in der Konvexitätsdura. Der Grund dieses besonders schweren Veränderungsgrades ist der, daß, wie man das insbesondere über den genannten Knochenpyramiden auch jetzt noch im vorgeschrittenen Stadium der Heilung sieht, das Gefäß nicht nur an den Knochenvorsprung angepreßt ist, sondern sich an ihm rechtwinkelig abknickt. Speziell für die Situation beim Übergang von der Impressio aufs Jugum muß auch noch daran gedacht werden, daß zur Zeit der seither beseitigten Hirndrucksteigerung die Dura und mit ihr das Gefäß in die Impressio weit tiefer hineingepreßt, also die Knickung am Jugum viel erheblicher gewesen sein muß.

Die Gefäßveränderung selbst aber ist die folgende: Schon eine Strecke vor der eigentlichen Knickungsstelle erfährt die Media auf der dem Knochen zugewendeten Gefäßseite eine hyaline Fibrose ihrer äußeren Schicht mit Muskelschwund, die Grenzelastika erhalten, die Intima verdickt. Mit der Annäherung an die Knickungsstelle wird die Media ihrer Gänze nach fibrös, hört dann auf und setzt sich nur noch in unerheblichen Fragmenten fort; die Elastika hat auch ein Ende und nur die Intima ist noch dicker und zuweilen etwas verkalkt, so wie das Durabindegewebe außerhalb der fibrösen Media. Gerade an der Knickungsstelle gibt es also weder Media noch Elastika, sondern die an Dicke



sehr erheblich gegen die Norm reduzierte Gefäßwand besteht nur aus manchmal hyalin degeneriertem oder nekrotischem Bindegewebe, das dem Knochen unmittelbar aufliegt und keine Schichten erkennen läßt. Der gegenüberliegende Gefäßabschnitt ist nur an der Knickungsstelle selbst verändert, und zwar ist die Media fibrös und gelegentlich auch verdünnt.

Von den in der Konvexitätsdura so ungemein häufigen, einfach durch Angepreßtsein des Gefäßes an den glatten Knochen entstandenen Gefäßveränderungen waren in der basalen Dura des progredienten und geheilten Falles 2 und 5 viele Beispiele zu sehen. Die Veränderung ist gleichartig, und zwar entweder nur an der Gefäßaußenwand, manchmal auch an der Innenwand. Die Intima verdickt, die Media verdünnt oder unterbrochen und, wenn es ein größeres Gefäß ist, auch fibrös. Einmal sah man diese Veränderung gerade da aufhören, wo sich der Außenfläche der Arterie eine größere Vene angelegt hat, als ob diese eine Milderung des Knochendruckes bewirkt hätte.

Die hier als Gefäßdekubitus beschriebene Veränderung scheint bisher unbekannt zu sein. Fuchs, der bisher die meisten Duren bei Drucksteigerung untersuchte und speziell auf die Gefäße sehr achtete, erwähnt sie nicht.

Bevor wir den Bericht über die Duraveränderungen schließen, sei noch kurz erwähnt, daß an einer Stelle des Falles 5, von der nicht notiert ist, ob sie von der Nähe des Stirnhirnabszesses herrührte, eine dünne pachymeningitische Membran der Dura auflag, deren zellreiches, locker gefasertes, an Blutkapillaren reiches Gewebe leicht hämatogen pigmentiert war und an einer Stelle einen soliden Endothelstrang und eine Gruppe von Acervulus enthielt. In der Lamina interna der Dura selbst war auch etwas hämatogenes Pigment um ihre aufsteigenden Blutkapillaren gelagert, die kontinuierlich in die Kapillaren der pachymeningitischen Membran übergingen.

III. Gehirn.

Bei der Obduktion von Hirngeschwülsten und raumbeschränkenden Prozessen des Schädelinnern überhaupt kann man oft die Beobachtung machen, daß die Schläfelappen an der Dura der mittleren Schädelgrube eine pathologische Adhärenz zeigen, derzufolge bei der Hirnherausnahme kleine Stückchen der Gehirnoberfläche abreißen und an der Dura haften bleiben. Löst man dann diese Durapartien vom Knochen ab, so überzeugt man sich, daß da, wo an ihrer Innenfläche Gehirnpartikelchen haften geblieben sind, an der Außenfläche verschieden, meist hanfkorngroße Prominenzen erscheinen,



die bald flach sind, bald stark prominieren und in genau passende Knochengruben zu liegen kommen. Die Gehirnoberfläche wieder erscheint da, wo Stückchen der Hirnsubstanz ausgerissen sind, uneben und auf der grauen Fläche der Rindensubstanz sieht man oft kleine runde, weiße Punkte.

Die geschilderte Erscheinung beruht auf den multiplen Hirnhernien, die v. Recklinghausen 1870 zuerst beschrieb. Es sind das gestielte, kolbige Hirnteilchen, die durch den gesteigerten Hirndruck in die Dura hineingepreßt werden und in ihr eine Verdickung machen, die den Knochen grubig usuriert. Bei der Hirnherausnahme reißt bei Einzelhernien der Stiel durch, bei größeren Hernienkolonien aber reißt jenes ganze Stückchen von der Hirnoberfläche ab, von der die Hernienstiele abgehen. Die Hernien bestehen aus Hirnrinde, die größeren enthalten aber auch Marksubstanz, wie die weißen Pünktchen der Abrißfläche zeigen. Soweit das Grobanatomische.

Zur histologischen Untersuchung der noch nicht in Hernienform ausgetretenen Hirnrinde bot Fall 4 Gelegenheit. Hier sah man die oberflächliche, von Ganglienzellen freie Gliaschicht der Rinde in drei deutliche Zonen gegliedert: 1. Die bekannte, oberflächlichste, der Leptomeninx direkt anliegende, dichte, dunkelgefärbte, ungefähr parallel zur Oberfläche gefaserte Gliaschicht von verschiedener Dicke, ausnahmsweise fehlend. 2. Darunter eine breitere, viel lockerere, daher viel lichtere Gliaschicht mit meist kollabierten Blutkapillaren und von der ersten in sie ausstrahlenden dickeren, starren, lockeren Gliafasern. Diese Schicht findet sich nur in der Rinde der Hirnoberfläche, nicht aber der Sulci. 3. Es folgt dann eine dichter gewebte Gliaschicht, die ebenso satt gefärbt ist wie die sofort folgende Ganglienzellen führende Schicht.

Da, wo der Stiel ganz junger Hh abgeht, zeigt die zweite, lichte Schicht eine halbkreisförmige, durch Faserdehiszenz noch viel lichter gewordene Zone. In dieser, aber auch bis tief in die Ganglienzellenschicht hinein nehmen gleichzeitig alle Zellen, also Glia- und Ganglienzellen, durch Zerrung die Gestalt langer, schmaler Spindeln an, die strahlig zum Hh-Stiel tendieren und in diesem besonders lang und nekrotisch sind. Liegen zwei Hh nahe beisammen, so greifen diese strahligen Zonen ineinander. An diesen ist, auch da, wo eine Hh abgerissen ist, der Ort ihres Sitzes erkennbar. Es könnte somit scheinen, daß infolge Zuströmens und

Passierens der Halsenge alle Zellen spindelig und nekrotisch in der Hh anlangen. Dem ist nicht so (s. u.), schon weil der Hals später viel weiter wird. Aber neben den sich später in der Hh selbst geltend machenden Schädlichkeiten (s. u.) mag das Passieren der Halsenge mit zur Beschädigung des Hh-Gewebes führen.

Die Leptomeninx erscheint ausnahmslos als eine einheitliche, verschieden dicke, im ganzen sehr dünne Bindegewebslage, bald straff gefasert, bald etwas wellig, bald mit mäßig zahlreichen, bald auffallend spärlichen Bindegewebszellen. Infolge Zusammenpressung durch den gesteigerten Hirndruck war eine Trennung in Pia und Arachnoidea nicht möglich, wohl aber bei Wojno, offenbar weil hier der Hirndruck niemals jene hohen Grade erreicht hat (s. u.). Es kam sogar vor, daß die Leptomeninx so sehr an die Dura angepreßt war, daß Gewebskontinuität vorzuliegen schien. Der arachnoideale Endothelüberzug fehlte bald infolge Druckatrophie, bald war er gut erhalten und sogar mit Endothelgranulationen ausgestattet und Acervulus darin. Die Kette der pialen Gefäßchen war an der Grenze zum Hirngewebe bald sehr gut zu sehen, bald fehlten sie auf sehr lange Strecken oder sie sind infolge Kompressionskollaps unsichtbar. Einmal enthielt die Schicht prächtige Chromatophoren.

Größere, offenbar subarachnoideale Arterien haben infolge des Drucks die Form eines geschlossenen Hufeisens angenommen mit gegen die Dura gelegenem, geradlinigem Wandabschnitt, der frei ist von Dekubituserscheinungen und mit dem gebogenen Wandabschnitt gegen das Gehirn, in das sich das Gefäß eine tiefe Furche wie in Wachs eingedrückt hat. Das die Hirnoberfläche umspannende Netz, besser Geäst der leptomeningealen Arterien ist übrigens straff elastisch, weniger nachgiebig, macht daher die Vergrößerung und zentrifugale Verschiebung der Gehirnoberfläche nicht oder nur beschränkt mit, schnürt sie vielmehr wie einen Warenballen ein. Kleinere Arterien schneiden sogar furchenartig die Hirnoberfläche tief ein, liegen selbst auf dem Grunde dieser Furchen, in deren Bereiche die subpiale, verdichtete Gliaschicht fehlen kann. Neben und zwischen solchen Furchen quillt die Hirnoberfläche buckelig vor, der Buckel verbleibt aber innerhalb der Leptomeninx, an deren Oberfläche er sich nicht vorwölbt.

Die im Obduktionsprotokoll (s. o.) beschriebene Narbe des Gehirns nach Heilung des Gehirnabszesses zeigte mikro-



skopisch folgendes: Die krausenförmig herumlaufende Narbenpartie bestand aus ungemein derbem, zum Teil hyalinem, äußerst zell- und gefäßarmem Bindegewebe; das ungefähr strahlige Zentrum aus straff, aber locker fibrillärem, zum Teil hochgradig ödematösem Bindegewebe mit mäßig vielen, großen Bindegewebszellen, mäßig vielen, weiten, dünnwandigen Blutgefäßen und enthielt spärliche Lymphozyten und phagozytäre Wanderzellen mit Fett-, Pigment- und undefinierbaren Einschlüssen. Das umgebende Hirngewebe, in das die Narbe ohne scharfe Grenze übergeht, enthält zunächst viele Bindegewebsfibrillen und nur locker konzentrisch gelagerte Gliafasern, weiter weg zum Zeichen alter, kollateral entzündlicher Erweichung aufgelockerte Gliafasern, darin das stehen gebliebene Kapillarsystem, spärliche, zum Teil mitsamt den Ausläufern verkalkte Ganglienzellen, protoplasmareiche Phagozyten mit Pigment- und Fettkörnchen. Ebensolche Veränderungen im Ependym des Vorderhorns, das nur 2 *mm* entfernt war. Im nicht erweichten Hirngewebe enthalten die perivaskulären Lymphräume großer Gefäße viel Detritus und die genannten Phagozyten oder sehr viele Lymphozyten. Die benachbarte Leptomeninx bindegewebig verdickt, hämatogen pigmentiert, und zum Teil lymphozytär infiltriert.

Bevor wir zu den Hh selbst übergehen, wollen wir das für sie in der Dura bereitete Lager betrachten. Wie schon einmal erwähnt, gibt es einzeln und in kleineren oder größeren Kolonien stehende Hh und dementsprechend ist das Duralager verschieden. Ist eine einzelne Hh groß, vollausgebildet, in einer Knochengrube untergebracht, die die ganze Dicke des Schädelknochens einnimmt, so ist ihr Lager folgendermaßen beschaffen: Am Rande dieser Knochengrube spaltet sich die Dura in zwei oft sehr ungleiche Hälften, von denen die eine die Knochengrube auskleidet, d. h. die Seitenflächen und die Kuppe der Hh umgibt, die andere aber zieht in gleicher Flucht mit der übrigen Dura, verschließt also den sehr weiten Eingang zur knöchernen Höhle wie das Operculum sellae den Satteleingang und hat auch wie dieses in der Mitte ein kleines Loch zum Durchtritt des Hh-Halses.

Bei einer großen Hh-Kolonie, die auch schon eine tiefe, aber der Fläche nach viel größere, dellenförmige Knochengrube erzeugt hat, haben wir ebenfalls das auskleidende Durablatt und das Operkulum, nur ist dieses geradezu siebförmig perforiert und



hat für jede Hh ein eigenes Loch. Die Zahl der Löcher, also der Hh, kann erstaunlich groß sein, in einem einzigen Schnitt konnten ihrer acht gezählt werden und die erhaltenen Stücke zwischen je zwei Löchern sind bald etwas länger, bald so kurz, daß ihre Länge weniger beträgt, als die Operkulumdicke. Der große, zwischen auskleidendem Blatt und Operkulum befindliche, zur Aufnahme der Hh-Kolonie bestimmte Raum ist durch ebenfalls der Dura angehörende Septa und Balken in viele Einzelfächer zerlegt, für jede Hernie eines.

Es gibt aber auch ganz winzige, einzelne Hh, die ganz fern vom Knochen bleiben, ihn gar nicht beeinflussen, in der inneren Duraschicht sich flach linsenförmig oder langzungenförmig ausbreiten und ein ganz winziges Loch in der innersten Duraschicht zu ihrem Durchtritt benützen. Aus solchen kleinen Hh kann sich auch eine Kolonie zusammensetzen, zwischen der und dem Knochen noch eine dicke Duraschicht mit den in der mittleren Schädelgrube so großen meningealen Arterien und Venen liegt.

Die Löcher im Operkulum sehen im Schnittbild so aus, als seien sie durch Zerreißung der inneren Duraschicht entstanden. Dem ist aber nicht so. Sie sind präformiert, durch die Hh höchstens erweitert, daher das Gewebe des Operkulums knapp am Loch durch Zusammenpressen manchmal verdickt. Normaliter treten durch diese Löcher die Stiele der Pacchionischen Granulationen durch, in welche hinein, wie wir später hören werden, sich die Hh entwickeln. Daher stimmt das Lager der Hh mit dem der P G überein. Eine größere Gruppe dieser, stets nur die innersten Duraschichten betreffenden Löcher verleiht, von der Schädelinnenfläche betrachtet der Dura das von Key und Retzius beschriebene kribrierte Aussehen. Unter mehreren anderen Orten ist es auch die uns vor allem interessierende mittlere Schädelgrube, wo solche Kribrierungsherde vorkommen und an Stelle dieser, welche Kolonien von P G enthalten, entwickeln sich eben Hh-Kolonien.

Im Operkulum begegnet man zuweilen einem Duranerven oder er zieht zwischen Operkulum und Hh, und namentlich wenn das Operkulum in toto durch den Druck des Gehirns konkav eingedrückt ist, wird der Nerv auch gedrückt. In der Schnittserie kann man verfolgen, wie sich ein solcher Nerv dem Hh-Hals nähert, ihn bogenförmig umschlingt und so erst auf die andere Seite gelangt. Ebenso verlaufende Leptomeningealgefäße kommen weiter unten zur Sprache.



Im Falle 5 persistieren, wie wir hören werden, die Hh trotz Beseitigung der Hirndrucksteigerung und damit auch ihr Duralager.

Die durale Auskleidung der Hh-Grube ist je nach der Tiefe der letzteren sehr verschieden dick; bald sehr dick, aus dem derbfibrösen Duragewebe und am Knochen aus dem differenten Kambium bestehend. Dieses mit zahlreicheren, größeren, helleren Bindegewebszellen, den feineren lockereren Bindegewebsfibrillen und den zahlreichen Kapillaren, gelegentlich auch Osteoklasten führend. Es kann aber auch der fibröse Teil auf kurze Strecken, überdies aber auch das Kambium, somit jede Auskleidung fehlen, und zwar entweder infolge Druckatrophie oder aber infolge Infiltration dieser Bindegewebsschichten mit dem Gewebe der Hh, welches dann in direkten Kontakt mit dem Knochengewebe kommt. Von dieser Infiltration wird noch weiter unten oft die Rede sein, hier nur so viel, daß es sich um ein rein passives, infiltratives Einpressen von Gliagewebe in Bindegewebe handelt, nach Art einer infiltrierenden Flüssigkeit.

Wie schon erwähnt, schmelzen die durale Auskleidung und das Operkulum am Eingang der knöchernen Hh-Grube zur ganzen Dura zusammen, deren Spaltungsprodukte sie ja sind. Manchmal aber vereinigt sich die auskleidende Duraschicht mit dem Operkulum nicht an seinem periphersten Rand, sondern an seiner Unterfläche zwischen Rand und Loch, oder aber sie überzieht die ganze Unterfläche des Operkulum und endet an seinem Lochrand, wo sie nicht etwa umbiegt und in das Operkulum übergeht, denn sie ist nicht eine Fortsetzung der Operkulumschicht, die bloß am Loch in die Tiefe umbiegt.

Im progredienten Falle 1 war die durale Auskleidung durch Ödem stark verdickt, welches stellenweise sehr deutlich von jenen Stellen ausging, die von Gliagewebe infiltriert waren. Es handelt sich also um Austritt von Ödemflüssigkeit aus der Hh ins Bindegewebe. Dies fehlte daher außerhalb der Hh-Grube. Im ebenfalls progredienten Falle 2 enthielt die Auskleidung spärliche Lymphozyteninfiltrate, wie sie Beneke sah, und als Reaktion auf die Resorption zerfallender Nervenelemente in der Hh auffaßte. Im gleichen Falle war die Auskleidung von einer Menge von Fettkörnchenzellen verdickt, die hier Wojno in einem progredienten Falle ebenfalls sah: sie rühren von den Hh her, in denen sie sehr zahlreich vorkommen.

Im geheilten Falle 5 war die Auskleidung besonders dick, licht durch Auseinanderzerrung der Fasern. Es ist dies der Effekt



der Raumgewinnung durch die Verkleinerung der Hh. Aber Ödem Lymphozyten, Fettkörnchenzellen und überhaupt jegliche aktive Prozesse fehlten ganz, wie sich das in einem geheilten Falle versteht.

Die in der Auskleidung vielfach, im Operkulum viel seltener angetroffenen, soliden Endothelstränge sind ein normaler Bestandteil der Dura und wurden von M. B. Schmidt 1902 entdeckt. Auch Duranerven begegnet man in der Auskleidung, die hier zwischen Hh und Knochen eingezwängt sind.

Wir gelangen zu den schon oben kurz erwähnten duralen Septen. Schon bei einer großen Einzelkolonie findet man zuweilen ein von der Auskleidung der Knochengrube ausgehendes, tief in die Hh einschneidendes Septum; regelmäßig anzutreffen sind Septa aber nur in den Hh-Kolonien. Am einfachsten zu überblicken sind diese, wenn die Hh nur in einer Lage regelmäßig nebeneinander liegen. Dann zieht zwischen je zwei Hh ein durales Septum, welches oben am Operkulum, unten an der Auskleidung inseriert. Bei seichten Kolonien schieben sich große Gefäße zwischen diesen und dem Knochen ein und dann inserieren die Septa unten sozusagen an der Gefäßwand. Oben inseriert das Septum senkrecht in der Mitte des zwischen zwei Löchern befindlichen Operkulumstückes oder das Septum teilt sich oben in zwei und inseriert so am Rande der zwei benachbarten Operkulumlöcher. Das Septum besteht aus einem viel lockereren Bindegewebe als das Operkulum, kann aber durch Druck seitens der beiden anstoßenden Hh eine Verdichtung erfahren oder aber einen Druckschwund, so daß die Hh sich mit ihren eigenen, lockeren Hüllen (s. u.) direkt berühren. Ausnahmsweise kann ein Septum verkalken.

Liegen aber in einer großen Hh-Kolonie die verschieden großen Hh nicht in einer Reihe nebeneinander, sondern auch über- und regellos durcheinander, so entsteht ein geradezu verwirrendes Bild, ein Durcheinander von Hh, PG, großen Venen und zwischen diesen Gebilden in den verschiedensten Richtungen ziehenden oder sich durchschlängelnden duralen Septen. Diese sind bald flächige Septa, bald drehrunde Stränge und enthalten gelegentlich solide Endothelstränge und -haufen und selten auch Nerven.

Diese Septa sind wie das Operkulum präexistent, denn sie schieden ehemals PG voneinander, wie jetzt die Hh, sind aber doch auch vielfach unter dem Einflusse der Hh-Invasion beeinflußt. So zum Beispiel kann man gelegentlich eine Hh sich keilförmig zwischen



zwei Duraschichten vorschieben sehen, diese auseinanderspaltend und so die alten Septa verlängern oder neue schaffen.

Noch öfter als an der Auskleidung kann man an den Septen die passiv infiltrative Ausbreitung des Hh-Gewebes sehen. Namentlich in sehr großen Hh findet man auf diese Weise durale Bindegewebsstränge in das Gewebe der Hh passiv hineingeraten, beide Gewebe durcheinander gemischt. So kann ein Seitenlappen der Hh eine Knochennische füllen, hier sein Gliagewebe unmittelbar am Knochengewebe anliegend zeigen, während das über dem Nischeneingang ausgespannte, durchbrochene, durale Septum schon im Hh-Gewebe liegt.

Über die im Operkulum, der Auskleidung und den Septen vorgefundenen soliden Endothelstränge sei kurz folgendes gesagt. Ihr Entdecker, M. B. Schmidt, hat sie hauptsächlich in der Konvexitätsdura studiert und hier hauptsächlich als netzförmige Stränge mit kugeligen, Acervulus führenden Anhängen zwischen beiden Durablättern gesehen, sie aber auch im Operkulum sellae und um die Trigeminuswurzel gefunden. Sie kommen reichlich im höheren Alter, in geringer Entwicklung in der Jugend vor, fehlen aber auch beim Neugeborenen nicht. Da sie frei an der Durainnenfläche zutage tretende Fortsätze haben, werden sie von ihrem Entdecker als vom Endothelüberzug der Arachnoidea herrührend und von da in die Dura eingewachsen aufgefaßt; der Nachweis des Zusammenhanges gelang aus technischen Gründen nicht. Sie hängen auch kontinuierlich mit dem ebenfalls arachnoidealen Endothelüberzug der PG zusammen.

In unserem zweiten Falle war der Nachweis des genannten Zusammenhanges eines Endothelstranges mit dem deckenden Arachnoidealendothel dadurch ermöglicht worden, daß ein Stück Hirnrinde samt Arachnoidea, durch eine Hernienkolonie festgehalten, vom Gehirn abgerissen, an der Dura haften geblieben ist und gerade in diesem Bereiche fand sich in der Schnittserie ein solcher solider, von der Arachnoidea ausgehender und schräg in die Dura hineinziehender Endothelstrang. Es fanden sich aber auch solche in der Dura, die durch ein kleines Loch in den Subduralraum hineinzogen und hier abgerissen endeten, im Knochen aber eine lakunäre Grube erzeugten.

Am häufigsten fanden sich Endothelhaufen im geheilten Falle 5, wo sie ganze Nester formierten. Recht oft bilden sie Füllsel zwischen den Hh einer Kolonie. Sie waren z. T. aus kleinen, dunkeln, dicht, oft konzentrisch angeordneten Zellen zusammengesetzt, z. T. aus locker verteilten, nur netzig zusammenhängenden, geschrumpften Zellen. Selbst im selben Haufen konnten beide Zustandsbilder ver-

treten sein. Außer Acervulus enthielten die Endothelhaufen vereinzelte, ausnahmsweise sogar verkalkte Bindegewebszüge oder Kapillaren, die sie durchzogen. Hie und da fanden sie sich auch im Stroma der P G und überraschenderweise auch mitten im Gliagewebe der Hh, wohin sie natürlich rein passiv geraten sind durch das infiltrative Ausbreiten des Hh-Gewebes im Zottenstroma, von dem noch weiter unten Näheres berichtet wird.

Da, wie schon erwähnt, die Hh eine enge Beziehung zu den P G haben, muß über die letzteren das notwendigste Normalanatomische vorausgeschickt werden. Die Pacchionische Granulation erhebt sich aus der Oberfläche der Arachnoidea steckt ganz in der Dura, besteht zentral aus der Fortsetzung des schwammigen Subarachnoidealgewebes und ist außen von einer allerdings äußerst dünnen Fortsetzung der Arachnoidea samt ihrem deckenden Endothel überkleidet. Wo die P G in der Dura steckt, da ist die ebenfalls endothelbekleidete Innenfläche der Dura bloß tief eingedrückt und in dieser Duragrube steckt die P G derart, daß zwischen der P G und der Dura genau so ein enger Spalt, eine Fortsetzung des Subduralraumes, besteht, wie zwischen der Arachnoidea und Dura auch außerhalb der P G.

Die meisten PG ragen mit ihrer ganzen Oberfläche oder bloß mit einem Teil derselben in das Lumen der großen Sinus hinein, aber auch in die größeren Venae meningeae der mittleren Schädelgrube. Die ins Venenlumen flottierende PG ist aber stets durch die sogenannte Durascheide vom Blute getrennt, die nichts anderes ist als ein sehr dünnes Blättchen duralen Bindegewebes, welches die PG vorstülpt, welches gegen das Venenlumen mit dem Venenendothel überzogen ist, gegen die PG mit dem Duraendothel und zwischen Durascheide und PG liegt der Subduralraum der letzteren, der mit dem allgemeinen Subduralraum kommuniziert. Es gibt auch PG, die nicht in Venen hineinragen.

Zu diesen von Key und Retzius klargelegten Verhältnissen fügte M. B. Schmidt noch folgendes hinzu. Das Arachnoidealendothel der PG kann knotenförmige Verdickungen mit Acervulus aufweisen oder zu einer dicken Kappe werden, die von Bindegewebszügen und duralen Kapillaren durchzogen sein, andererseits aber ins Stroma der PG solide Endothelstränge entsenden kann.

Key und Retzius nehmen auf Grund ihrer Injektions-

versuche an, die **physiologische Bedeutung** der PG liege darin, daß die Zerebrospinalflüssigkeit aus dem Subarachnoidealgewebe der PG in ihren Subduralraum und von da in die Vene übertritt, wodurch eine Milderung der intrakraniellen Druckschwankungen erzielt wird. Die auf diesem Filtrationswege zu passierenden zwei Membranen, die Arachnoidea und Durascheide der PG, sind äußerst dünn, zum Teil ihr Bindegewebe sogar dehiszent, aber die Dehiszenzen durch das beiderseitige Endothel geschlossen gehalten.

In unseren Fällen nun sah man sehr oft **im Bereiche von Hh-Kolonien** PG, und zwar mitten unter die Hh eingestreut oder am Rand der Hh-Kolonie. Hiebei verhielten sich die PG rein passiv, wurden von den Hh komprimiert, paßten sich ihnen an und erfuhren mancherlei regressive Veränderungen. Es gab auch schmale, erstaunlich lange, verzweigte, miteinander zusammenhängende PG.

Es sah oft so aus, als habe eine Hh das durch Durasepta begrenzte Lager einer PG für sich usurpiert und die PG dadurch komprimiert. Hiebei konnte der **Endothelüberzug** der PG partiell oder sogar total dem **Druckschwund** verfallen, das **Stroma** der PG wurde grobbalkig, seine Lymphspalten enger und zum Schluß lag das derbe, fast kernlose Stroma rings von duralem Bindegewebe umgeben, und war trotzdem von ihm durch eine eigenartige, scharf fibrilläre Struktur leicht unterscheidbar. Eine solche derbe, statt schwammige Struktur des Zottenstromas kann nach **Key** und **Retzius** künstlich durch Schrumpfung hervorgerufen werden oder deutet nach **Wojno** auf den unreifen Zustand der PG hin. Bei uns handelt es sich um die Folgen der Kompression.

Diese hatte auch zur Folge, daß der spaltförmige **Subduralraum** der PG nirgends mehr zu sehen war, gleichgültig, ob die PG im duralen Bindegewebe lag oder aber wie so oft in eine Vene hineinragte. Stets lag der Endothelüberzug direkt dem fremden duralen Bindegewebe oder der noch sichtbaren Durascheide an, sei es, daß der Subduralspalt verödet, sei es, daß er bloß durch Druck kollabiert war. Durch all die geschilderten Veränderungen der von den Hh bedrängten PG muß ihre physiologische Funktion sehr beeinträchtigt, der den Hirndruck regulierende Ventilapparat somit unbrauchbar geworden sein.

PG von unreifer Beschaffenheit, d. h. mit spärlichem, derbem Stroma und dickem Endothelüberzug waren nicht selten anzutreffen.

Ein dicker Endothelüberzug kann in derselben PG auf der einen Seite dicht, auf der anderen locker gebaut sein oder er kann eine kugelige Verdickung tragen, die sich für sich allein in ein Venenlumen vorwölbt; die das Endothel durchziehenden Bindegewebsfibrillen waren zuweilen zu sehen.

Im geheilten Falle 5 waren die in den Hh-Kolonien vorgefundenen PG besonders zahlreich, zum Teil weil die bei der Heilung sich stark verkleinernden Hh zurücktreten, zum Teil weil die PG überdies sich von neuem wieder entfalten. Im gleichen Falle fanden sich im Stroma einiger, Hh beherbergender PG einzelne, polynukleäre Leukozyten.

Im Falle 4 sah man mehrmals PG über zwei benachbarten Gehirnwindungen, gerade entsprechend dem Eingang zum Sulkus, so daß die Arachnoidea von einer PG kommend den Sulkus überspringt und sofort auf die zweite PG übergeht. Im selben Falle enthielt mehrmals der Subarachnoidealraum genau da, wo eine PG über einer Windung oder über einem Sulkus abging, eine große Vene, die sich etwas ins Stroma der PG hineinerstreckte.

Im Falle 5 ragte eine besonders große PG mit ihrer dicken Endothelkappe in ein Emissarium hinein, sein Lumen deutlich verengernd und mit der Kuppe das Niveau der äußeren Schädeloberfläche überragend.

So sieht man denn, daß größere Hh-Kolonien meist PG beherbergen und daß diese hiebei infolge der Raumbeschränkung Veränderungen aufweisen. Es wird nun im folgenden zu zeigen sein, daß diese Hh selbst auch nichts anderes sind, als mit Gehirngewebe ausgefüllte PG derselben Kolonie. Die augenfälligsten Beweise für diese Auffassung sind die sozusagen im statu nascendi angetroffenen Übergangsbilder von der PG zur Hh, die wir zuerst vornehmen wollen. Nach deren Erledigung soll zu den vollausgebildeten Formen übergegangen werden und schließlich zu der seltenen andersartigen Genese der Hh.

Im Falle 4 war die Höhe und Dauer der Hirndrucksteigerung noch gering und bei der Obduktion fielen an den Schläfenpolen sehr zahlreiche, aus der Dura herausgezogene PG auf. Ein Teil von ihnen erwies sich als ein dankbares Studienobjekt für die ersten Stadien der Hh-Entwicklung. So sah man z. B. an der Abgangs-



stelle der PG die Gehirnoberfläche sich in Form einer kleinen Halbkugel vorwölben, die von einer verdünnten Fortsetzung der Leptomeninx ohne piale Kapillaren überzogen und an ihrem Scheitel von einer dünn gestielt aufsitzenden, mehrzottigen PG gekrönt war, in die die Leptomeninx kontinuierlich überging. Hier war also der erste Beginn der Hh-Entwicklung in den basalen Teil der PG hinein zu sehen, wobei die Grenze der Hh bald linear scharf, bald dadurch unscharf war, daß Hirngewebe infiltrativ in das bindegewebige Balkenwerk eingepreßt war. Die bindegewebige Hülle der Hh aber ist nichts anderes, als die Arachnoidea des basalen Anteiles der PG.

Im nächsten Stadium wiederholt sich dasselbe Bild, nur daß die halbkugelige Hh von ihrem Scheitel mittels eines feinen Stieles einen fast ebenso großen, etwa kugeligen Anhang entsendet, der sich in eine der Zotten der PG hineinentwickelt, diese aufgebläht hat, während die anderen Zotten von dieser Invasion verschont und schmächtig bleiben. So hat die Hh die Form eines Flaschenkürbisses angenommen, die weder in der Größe noch in der Form mit der zugehörigen PG übereinstimmt.

Die paarig am Sulkuseingang stehenden PG (s. o.) enthalten ebenfalls Hh, wie ja in PG steckende Hh in diesem Falle sehr häufig anzutreffen und die Bilder noch sehr klar und übersichtlich waren, da das Stadium noch jung war, die Verhältnisse einfach, unkompliziert.

In den älteren Fällen 1 und 2 gab es schon weitere Fortschritte, deren Studium große PG erforderte. Hier sah man eine lange PG, die etwa zu zwei Drittel noch erhalten war, während das basale Drittel von einer Hh eingenommen war, die sich ins subarachnoideale Zottenstroma hineinentwickelt hat, teils mit scharfer Grenze zwischen diesem und dem Hirngewebe, teils mit infiltrativer Durchdringung beider Gewebe. Es lag also Gehirngewebe im Zottenstroma und Bindegewebsbalken des letzteren im Gewebe der Hh. Der von der Invasion freie, distale Zottenteil hatte ein bald derbes, bald ödematöses Stroma, an seiner Kuppe eine mehrschichtige, zum Teil auch ödematöse Endothelhaube und lag entweder im Durabindegewebe oder hing dünn gestielt ins Lumen einer Vene. Nebenlappen der PG können frei sein von der Hh-Invasion.

Im weiteren Fortgang der Entwicklung füllt die Hh das Innere der PG in der Hauptsache schon aus und die Nebenlappen der PG sitzen platt gedehnt und unscheinbar in weiten Abständen



voneinander der Oberfläche auf. Ein solcher Nebenlappen ist dann eine flache Erhabenheit, zu äußerst noch mit einem mehrschichtigen Arachnoidealendothel überzogen, das einer verdickten Arachnoidea aufruht, unter der wieder das subarachnoideale Balkenwerk liegt. Dieses ist infolge der Kompression wie geschichtet, doch noch vom charakteristischen Bau, enthält zuweilen hämatogenes Pigment oder einen Endothelzellhaufen und ist gegen das Hh-Gewebe gut oder infolge Infiltration unscharf begrenzt. Der weitaus größte Teil der Oberfläche der PG aber ist frei von Nebenlappen und hier ist die Hh bloß von einem zarten, lockeren, uncharakteristischen Bindegewebe eingehüllt, welches aber noch deutlich eine kontinuierliche Fortsetzung der Arachnoidea der Nebenlappen, manchmal außen endothelbekleidet ist, vielfach aber infolge Druckschwundes auch nicht, so daß es mit dem derben Bindegewebe seines duralen Lagers ohne erkennbare Grenze verwächst.

Diese uncharakteristische Bindegewebshülle ist in den allermeisten Hh die ausschließliche Außenbegrenzung (s. u.) und daher ist es nicht mehr erkennbar, daß sie ursprünglich innerhalb von PG zur Entwicklung gelangten, um so weniger, als solche mit Gehirngewebe prall gefüllte PG in Größe und Form von der Norm abweichen, durch zwangsweise Einpressung in Duraspalten sogar die verschiedenste Gestalt annehmen können.

Sehr viel häufiger als in solchen vorgeschrittenen und noch progredienten Fällen war im geheilten Falle 5 klar zu sehen, daß Hh in PG stecken. Es kommt das davon her, daß sich hier die Hh wesentlich verkleinert haben, die PG nicht mehr so prall ausfüllen, die sich wohl auch z. T. wieder restituierten. So gibt das Heilungsstadium wieder klare Bilder, wie die ersten Entwicklungsstufen. So sieht man sehr oft um die Hh einen breiten Mantel von Zottenstroma, das durch ein Arachnoidealendothel seinen Abschluß findet. Die Grenze des Hh-Gewebes gegen das Zottenstroma ist wieder teils scharf, teils auch jetzt noch immer infolge Infiltration unscharf. In diesem Falle fanden sich Hh, die den PG folgend, sich in die Nervenlöcher einzwängten und im progredienten Stadium den austretenden Nerven komprimiert haben können.

Beneke, der erste genauere Bearbeiter der Hh, erkannte schon ihre Entwicklung in die PG hinein. Er sah schon das die Hh umgebende subarachnoideale Zottenstroma, das dieses überziehende Endothel, die in-



filtrative Ausbreitung des Hh-Gewebes im Zottenstroma und die mit den PG übereinstimmende Gestalt, Lage und Verteilung der Hh. Ihr Hineinragen in Venen sah schon v. Recklinghausen, der aber noch meinte, die Hh seien einfach in die Dura hineingepreßte Gehirnteile, welchem Modus Beneke nur eine untergeordnete Rolle zuweist. Blasius, Fuchs und Wojno bestätigen die Entwicklung der Hh in die PG hinein, Fuchs allerdings unwissentlich.

Die überaus mannigfaltige Gestalt der Hh läßt sich aus ihrer Genese und Lage verstehen. Die breitbasig aufsitzende Halbkugel findet sich meist im Anfangsstadium. Linsenförmige oder noch viel plattere Hh haben oft einen weiten Hals, sind meist klein, entsprechend den PG, in denen sie sich entwickelt haben und finden sich einzeln oder in seichten Kolonien an Stellen, wo man sie makroskopisch nicht vermutet hätte, obwohl die Dura von ihnen förmlich gespickt sein kann. Ballon- oder urnenförmige Hh mit ganz engem Hals können von den kleinsten bis zu den größten Dimensionen variieren und sind wie die gleiche Gestalt der PG häufig. Wie diese können auch die Hh kleine Nebenlappen tragen oder eine Einschnürung nach Art eines Flaschenkürbisses zeigen.

Durch Anpassung an die Umgebung können die verschiedensten Formen entstehen, wobei sich das Hh-Gewebe beinahe wie eine Flüssigkeit in jede Form bringen läßt. So können sich nebeneinanderliegende, urnenförmige Hh an eine Vene anlehnen und sich an ihr in einer geraden Linie abplatten; sie können durch perforierte, durale Septa kriechen und so mehrfache Einschnürungen erfahren, aber auch im dichten Hh-Gewirr sich gegenseitig eindrücken und beliebig deformieren. Während in der Regel die Ursprungsstelle der Hh vom Gehirn und ihre Durchtrittsstelle durchs durale Operkulum übereinander liegen, kommt es auch vor, daß beide gegeneinander verschoben sind, so daß der Hh-Stiel eine gute Strecke weit durch den Subduralspalt laufen muß, ehe er vom Gehirn zu seinem Duraloch gelangt. Eine Verschiebung der Hirnoberfläche ist aber in erstaunlich hohem Grade möglich; so kann z. B. ein Teil der Großhirnhemisphäre unter der Sichel durch ein gut Stück, die Medianebene des Gehirns sehr beträchtlich, auf die andere Seite hinübergedrängt werden.

Im geheilten Falle 5 waren die Hh durchschnittlich kleiner und das durale Bindegewebe trat weniger stark gegen sie zurück als in den progredienten Fällen. Sie waren auch oft kurz und



niedrig, hatten weder einen engen Hals noch einen dicken Bauch. Fanden sich aber Urnen-, Flaschenkürbis- und gelappte Formen, so fehlte ihnen in der Regel die Prallheit der Gestalt, wie sie in progredienten Fällen stets zu sehen ist.

Den Hergang beim Zustandekommen der Hh stellt sich Beneke so vor, daß unter dem Einfluß des gesteigerten Hirndruckes zuerst die Pia zerreißt und dann das Gehirn in die PG hineingepreßt wird. Vorbedingung sei nur dichtes Anliegen des Gehirns an der Dura. Daß aber die Hh die Basis bevorzugen, erklärt Wojno damit, daß nach G. Schwalbe das Gehirn spezifisch schwerer ist, als die Zerebrospinalflüssigkeit, deshalb der Schädelbasis aufruht und, wie die hier ausgebildeten Impressiones und Juga zeigen, sie sogar modelliert.

Trotz der Richtigkeit dieser Erklärungen erscheint es bei der mikroskopischen Betrachtung einer PG mit ihrem überaus feinen Stiel kaum vorstellbar, wie denn das dem Druck ausweichende Gehirn in eine PG hineingeraten könne. Darum wollen wir uns mit der Frage etwas näher befassen.

In die Arachnoidea, die ja bekanntlich den Hirnwindungen nicht folgt, vielmehr glatt über sie hinwegzieht, ist das Gehirn wie in ein eng anliegendes, undurchlässiges Tuch eingeschlagen, das aber außer Gehirn auch noch Zerebrospinalflüssigkeit einschließt; diese ist namentlich im Bereiche der Zisternen so reichlich, daß sie die Hirnoberfläche von der Arachnoidea fernhält. Trotz des innerhalb der Arachnoidea herrschenden Zerebrospinaldruckes ist die Arachnoidea dünn, denn sie liegt eng dem Schädelknochen an, der dem Druck standhält.

Im Bereiche der PG findet sich die folgende Abweichung: Hier zieht die Arachnoidea nicht in gerader Flucht über das Gehirn hinweg, sondern ist (im einfachsten Falle einer ballonförmigen PG) zu einer dünngestielten Zotte aufgeworfen, die, weil ebenfalls dem Zerebrospinaldruck ausgesetzt, in der Dura derart untergebracht ist, daß sie dem Druck auch hier standhalten kann. Der die Zerebrospinalflüssigkeit führende Subarachnoidealraum erstreckt sich durch den Stiel in die PG hinein, die somit eine Fortsetzung des Subarachnoidealraumes beherbergt, welche natürlich wie dieser das subarachnoideale Balkenwerk enthält, eben den Schwamm, der mit der Zerebrospinalflüssigkeit vollgesogen ist.

Wenn sich nun das Gehirn pathologisch vergrößert, so legt es sich auch da, wo dies bisher nicht der Fall war, mit seinem pialen Überzug innig an die Arachnoidea an, ihre vom Schädel bedingte Oberflächenform annehmend. Geschieht das gleiche auch da, wo eine PG entspringt, so verlegt die piabekleidete Gehirnoberfläche den in den Stiel der PG führenden, subarachnoidealen Kanal und die Folge davon wird sein, daß vor dieser verlegten Stelle, also innerhalb der PG, der Druck, der früher gleich war dem allgemeinen zerebrospinalen, auf Null sinken wird. Damit ist jene Situation erreicht, aus der heraus das Entstehen einer Hh selbstverständlich wird, denn das den Kanal verlegende Hirngewebe hat hinter sich einen pathologisch gesteigerten, vor sich einen pathologisch gesunkenen Druck und wird daher kaum viel anders als eine Flüssigkeit in die PG hineingepreßt.

Bei diesem Hineingepreßtwerden erfährt jener winzige Teil der piabekleideten Hirnoberfläche, der den Eingang in den Kanal verlegt, nach Zurücklegen von nur 1 *mm* Weges naturgemäß eine so beträchtliche Vergrößerung, daß die Fasern der überkleidenden Pia wenn auch nicht einfach zerreißen, so doch gewiß dehiszieren, wie wenn man die beiden ineinandergefalteten Hände auseinanderzieht: Die Pia wird vom vordringenden Hirngewebe überrannt, dem nun der Weg in die PG hinein offen steht.

Das Einfließen von Hirngewebe in die PG geschieht bald langsam, so daß das Balkenwerk der PG Zeit hat, durch Verschiebung und Druckatrophie der Invasion Platz zu machen, bald schnell, so daß das Hirngewebe das Balkenwerk stehen läßt und bloß seine Maschen ausfüllt, infiltriert, so daß sich beide Gewebe mischen. Daß schließlich ein Zeitpunkt kommt, wo die ganze PG von Hirngewebe ausgefüllt ist und nunmehr der ohnehin besonders zarte Arachnoidealüberzug der PG maximal angespannt wird, zerreißt und so das Hirngewebe infiltrativ ins Duragewebe einströmt, werden wir weiter unten hören.

Die Annäherung der piabekleideten Hirnoberfläche an den Kanaleingang der PG wird bei pathologisch gesteigertem Hirndruck aus dem schon genannten Grunde vor allem an der Gehirnbasis erfolgen, denn das Gehirn liegt hier schon normaliter infolge seiner Schwere mit seiner Pia der Arachnoidea sehr nahe. Daher bevorzugen die Hh die Basis.

Die physiologische Aufgabe der PG ist nach Key und



Retzius, die Zerebrospinalflüssigkeit in die Venen abzuleiten, wenn der Hirndruck ansteigt. Wenn diese Ansicht zurecht besteht, so haben die Hh zur Folge, daß diese Sicherheitsventile des intrakraniellen Druckes verstopft und gründlich verdorben werden. Daß auch die von der Hirngewebsinvasion frei gebliebenen, zwischen den Hh liegenden PG durch Druck ebenfalls veröden, ist schon oben erwähnt. Dies bleibt so, wie die Persistenz der Hh im geheilten Falle 5 zeigt, auch nach Beseitigung der intrakraniellen Drucksteigerung. Es verdienen die Hh somit auch mehr klinisches Interesse, als ihnen bisher zuteil wurde.

Die besondere zerebrale Labilität von Individuen mit bestehender oder überstandener Hirndrucksteigerung wird nicht zuletzt darin ihren Grund haben, daß der regulierende Ventilapparat des Hirndruckes wenn auch sicher niemals völlig vernichtet, so doch in ausgedehntem Maße unbrauchbar wurde. Dies wird unterbleiben, wenn die Operation so frühzeitig erfolgt, daß es noch nicht zur Bildung von Hh gekommen ist, oder die Beschädigung kann wieder ausgeglichen werden, wenn es sich um ein Kind handelt, bei dem noch nicht alle PG entwickelt sind und post operationem noch neue PG entstehen können. Der makroskopische Obduktionsbefund gibt nicht im entferntesten den richtigen Einblick in die Ausdehnung des Prozesses. Und auch das Vorkommen von Hh ist unendlich viel häufiger, als dies nach den bloß vier einschlägigen Publikationen und den 17 Fällen geglaubt werden könnte. Der vorliegenden Arbeit hätte eine beinahe beliebige Anzahl von Fällen zugrunde gelegt werden können. Bei der Obduktion werden die Hh meist ganz übersehen, weil das sie anzeigende Haftenbleiben ganz kleiner, ausgerissener Hirnstückchen an der Dura unbeachtet bleibt.

Der Entstehung der Hh stehen zwei Momente im Wege, die hauptsächlich an der Hirnkonvexität realisiert sind, weshalb diese eben nicht zu den Prädilektionsstellen der Hh gehört. 1. Das dauernde Fernbleiben der piaüberzogenen Hirnoberfläche von der Arachnoidea infolge der aufrechten Körperhaltung. Sitzt aber ein Hirntumor nahe der Konvexität und drückt direkt das Gehirn an die Arachnoidea an, so kommt es auch hier zur Bildung von Hh, insofern es nur PG gibt. 2. Die sogenannten „Zottennetze“ von Key und Retzius sind hauptsächlich an der Konvexität vorkommende PG, welche innerhalb der Dura ausgedehnt netzig verbunden sind. Das Verstopfen eines Zottenstiels wird da noch



nicht in der Lage sein, den Druck in der vielfach anastomosierenden Zotte auf Null herabzusetzen, und damit entfällt das entscheidende Moment für die Hh-Bildung. Die Verstopfung aller Kanäle aber findet sich nicht einmal an der Basis oft, wo es zwischen den Hh meist noch immer PG ohne Invasion durch Hh gab.

Wir gehen über zu jenen vorgeschrittenen Stadien der Hh-Entwicklung, in denen es nicht mehr klar oder überhaupt gar nicht mehr möglich ist zu erkennen, wie sie sich entwickelt haben. An den allermeisten, u. zw. größeren, aber auch kleineren Hh sieht man eine sie umgebende, bindegewebige Hülle, die aber aus nichts anderem, als bloß aus etlichen lockeren, zarten, konzentrisch um die Hh gelegten Fibrillen besteht, durch Schrumpfung sich oft vom Bindegewebe des duralen Lagers abhebt und manchmal sogar nach außen durch eine diskontinuierliche Endothellage mit kugeligen Verdickungen und Acervulus abgeschlossen ist. Fehlt aber diese Endothellage, so kann die zarte Hülle an der ganzen Peripherie, auch am Hh-Halse spurlos mit dem unmittelbar anliegenden Durabindegewebe verwachsen, wie ja schon z. B. erwähnt ist, daß die Leptomeninx auch der Gehirnoberfläche mit der Dura nach Schwund des Arachnoidealendothels anscheinend verschmelzen kann.

Es fragt sich nun, was diese lockere Bindegewebshülle ist. An sich hat sie keine Ähnlichkeit mit der Pia oder Arachnoidea, aber verfolgt man sie am Hh-Stiel weiter, so geht sie kontinuierlich in die Leptomeninx des Gehirns über, die ja auch hier, wie schon einmal erwähnt, nirgends eine Differenzierung in Pia und Arachnoidea erkennen läßt. Die Auflockerung der Leptomeninx im Hernienbereiche aber dürfte durch aus der Hh ausgepreßte Ödemflüssigkeit zustande kommen.

Die lockere Hh-Hülle ist also sicher Leptomeninx, es fragt sich nur, ob die einer beliebigen, vorgestülpten Hirnoberflächenpartie oder die einer PG. Letzteres ist durchaus möglich, denn, wie schon oben geschildert, findet man Hh, die zum größten Teil diese lockere Hülle haben, stellenweise aber noch mit ausgezerrten Nebenlappen einer PG besetzt sind, deren Arachnoidea in die glatte, lockere Hülle kontinuierlich übergeht. Dies ist dann also sicher eine Hh, die sich in eine PG hinein entwickelte, aber zum größten Teile nur noch von der lockeren Hülle umgeben ist. Fehlen aber, wie in den weitaus meisten Hh., auch die letzten Reste von solchen Neben-



lappen, so ist es nur noch möglich, aber nicht mehr beweisbar, daß die Entwicklung in eine PG erfolgte.

Auch der Umstand, daß das die lockere Hülle manchmal nach außen abschließende Endothel jene für die PG typischen Verdickungen aufweist, ist nicht unbedingt beweisend dafür, daß diese Hh in einer bis zur Unkenntlichkeit auseinandergezerrten PG steckt, denn es fanden sich die folgenden, zur Vorsicht mahnenden Bilder: Eine Hh ist von der lockeren Hülle ohne Endothelüberkleidung überzogen, stößt aber an einen in der Dura steckenden, soliden Endothelhaufen, von denen schon oben die Rede war, plattet ihn etwas ab und verschmilzt mit ihm sekundär, was die Verdickung einer präexistenten Pacchionischen Endothelkappe vortäuscht. Wir sehen also, daß in diesem vorgeschrittenen Entwicklungsstadium es aus der Hülle nicht mehr zu erkennen ist, ob sich die Hh in einer PG entwickelt hat oder sonstwo.

Daß in der durch Druck zu einer einheitlichen Membran verdichteten Leptomeninx der Gehirnoberfläche Pia und Arachnoidea vertreten sind, ist schon oben gesagt. Ist dies auch bei der Fortsetzung dieser Leptomeninx, der lockeren Hh-Hülle, der Fall? Es wird für gewöhnlich bei den Autoren nur ein Zeichen zur Entscheidung der Frage herbeigezogen, ob in der Hülle auch Pia enthalten ist, nämlich der Gehalt der letzteren an Kapillaren, denn die Arachnoidea ist gefäßlos und die großen Gefäße gehören der Subarachnoidea an. Nun konnten in der lockeren Hh-Hülle Kapillaren nicht nachgewiesen werden, manchmal vielleicht nur aus Druckkollaps und Unsichtbarkeit. Die letzten sicheren pialen Gefäße fanden sich meist am Abgang des Hh-Stieles von der Gehirnoberfläche, genau wie das Wojno beschrieben hat, und nur einmal (in unserem Falle 4) sah man dabei, daß gerade an dieser Stelle die einheitliche Leptomeninx eine plötzliche, stufenförmige Verdünnung erfuhr, durch Aufhören der tiefen- (pialen) Schicht und alleinige Fortsetzung der oberflächlichen (arachnoidealen) als Hh-Hülle. Im Hh-Stiel und auch ein gut Stück weiter unten fanden sich manchmal Kapillaren genau an der Grenze des Hh-Gewebes und der Hh-Hülle. Auch die Entscheidung über die Herkunft dieser Gefäße ist nicht immer möglich, denn außer leptomeningealen Gefäßen können es auch Gefäße des Hh-Gewebes selbst sein, die aus einem später zu erwähnenden Grunde die Tendenz haben, ganz marginal zu liegen und sich an die Hülle innigst anzulegen.



Aber im Falle 2 fanden sich die bekannten pialen Chromatophoren, von denen wohl die meisten am Abgang des Hh-Halses von der Gehirnoberfläche aufhörten, aber man traf, wenn auch selten, eine solche Chromatophore weit unten in der Hh-Hülle, ein schönes Beispiel dafür, wie tief hinunter eine Hh piale Zellen verlagern kann.

Die bisher geschilderten Hh hatten wenigstens eine sicher leptomeningeale Hülle, ohne daß man entscheiden konnte, ob sie einer PG angehörte oder nicht und ob sie außer aus Arachnoidea auch noch aus Pia bestand. Nun gibt es Hh, die infolge ihrer Vergrößerung auch diese Hülle sprengen und daher nackt in der Dura liegen. In einem solchen Falle sieht man noch, wie sich die Leptomeninx vom Gehirn auf den Hh-Stiel fortsetzt, ihren Endothelüberzug beim Eintritt des Stieles ins Duraloch infolge Druckatrophie verliert, sich selbst aber in Form einer im Duraloch durch Kompression dichten Hülle fortsetzt, die aber nach dem Passieren des Operculumloches sich durch Ödem, infiltratives Eindringen des Hh-Gewebes und Durchsetzung mit Fettkörnchenzellen aufzusplittern beginnt, bis alle Fasern marginal im Hh-Gewebe enden und dieses im weiteren Verlaufe hüllenlos in der Dura liegt. Aber auch schon am Stiel kann die Hülle gesprengt sein, u. zw. auch schon an ganz kleinen Hh. Von da an findet die weitere Vergrößerung der Hh durch infiltrative Ausbreitung im Duragewebe statt, wovon noch unten die Rede sein wird.

Solche geborstene, unmittelbar an die Dura angrenzende Hh fanden sich auch noch im geheilten Falle 5, wo sie infolge der Rückbildung (s. u.) verkleinert, an der Verbindungsstelle mit dem Gehirn gar nicht mehr geschnürt sind. Trotzdem wurden sie bei der Gehirnherausnahme nicht aus der Dura herausgezogen, was ihre nunmehrige Gestalt wohl zugelassen hätte, sondern sie sind infolge Adhäsion ans Durabett in ihm haften geblieben und haben sogar noch ein Stück Hirnrinde mit abgerissen. Es wäre daher auch möglich, daß das sich nach Beseitigung der Hirndrucksteigerung wieder verkleinernde Gehirn an diesen in der Dura adhärent bleibenden Rindenstücken zerrt, so die in diesen enthaltenen Ganglinizellen reizt, diese aber den Reiz durch ebenfalls hier vorhandene Nervenfasern auf andere Hirnteile übertragen. Daß eine solche Reizung zahlloser, adhärenter Rindenteile sich klinisch manifestieren könnte, ist durchaus denkbar.



Daß eine Hh durch Ausstülpung einer beliebigen Stelle der Leptomeninx (und nicht durch Eindringen in eine PG hinein) entstehen kann, war die ausschließliche Annahme v. Recklinghausens, während Beneke diesen Modus nur für die Minderzahl, Blasius für die Mehrzahl der Hh. gelten läßt. Bei diesem Entstehungsmodus der Hh wird die Hh-Hülle von v. Recklinghausen als Piaüberzug angesprochen, von Beneke als piales Häutchen mit teilweise deutlich erhaltenen Gefäßen, von Blasius als Pia mater oder wenigstens als piaähnliches Gewebe, das aber auch als verdünnte periostale Duraschicht aufgefaßt werden kann, von Wojno als diskontinuierlicher Pia- und Arachnoidea- Überzug.

In unserem Materiale waren Bilder, die diesen Modus der Hh-Entstehung beweisen, sowohl bei progredienter wie bei geheilter Drucksteigerung außerordentlich selten vorhanden oder erkennbar. Es war das einmal eine ganz kleine, ein andermal eine sehr große Hh, die aber keinen enggeschnürten Hals hatte, sondern gleich in voller Dicke aus der Gehirnoberfläche entsprang. Zu einer Schnürung des Halses ist hier auch kein Grund vorhanden, während er bei in PG hinein entwickelten Hh selbstverständlich war. Daher war auch das Hh-Gewebe sehr wenig verändert. Die Hh-Hülle war wieder so lockerfaserig wie bei der anderen Form und war eine Fortsetzung der Leptomeninx stellenweise mit Arachnoidealendothel überzogen und im Bindegewebe dieser Hülle fand sich einmal eine einzige, ein andermal eine ganze Kette von Kapillaren. Also enthielt die Hülle dieser Art von Hh sicher außer Arachnoidea auch Pia.

Von einer Dehiszenz speziell der Pia ist bei dieser Form keine Rede, denn die Oberflächenvergrößerung ist ganz unbedeutend. Das Gebilde läßt sich nicht mit einer in eine P G hinein entwickelten Hh vergleichen, ist bloß ein kleines, der Gehirnoberfläche breitbasig aufsitzendes Stück Hirnrinde, welche sich samt ihrer ganzen Leptomeninx in eine Duramulde hineingelegt hat. Bei weiterer Ausstülpung wäre es sehr wohl möglich, daß die ganze Leptomeninx dehisziert und die Hirnsubstanz frei in die Dura austritt, wonach eine Unterscheidung gegenüber dem vorgeschrittenen Stadium des ersten Modus nicht möglich wäre. Aber zu einer Kontinuitätstrennung der Pia allein liegt hier nicht der mindeste Grund vor. Beide Häute sind von Anfang an der gleichen Dehnung ausgesetzt, während bei der in eine P G hinein sich entwickelnden Hh die schon von Haus aus zottig vorgestülpte Arachnoidea wie ein Vorratssack auf geraume





Zeit hinaus zur Aufnahme der Hh langt, hingegen die hier geradlinige Pia gleich im Beginn dehiszieren muß, wenn Hirngewebe in die P G austreten soll.

Da nach Sprengung der letzten, der arachnoidealen, Hülle eine Unterscheidung der beiden Hh-Arten nicht möglich ist, läßt sich kein absolut verläßliches Urteil über das Häufigkeitsverhältnis beider Arten gewinnen. Sicher erkennbare Anfangsstadien sind im allgemeinen viel seltener als unentscheidbare, vorgeschrittene und von den ersteren wieder sind die in eine P G sich hinein entwickelnde Hh unvergleichlich häufiger, als die andere Form. Dies Verhältnis dürfte auch bei der Gesamtheit der Hh zutreffen. Deshalb und auch wegen der viel eingreifenderen Gewebsschädigung sowie wegen Verstopfung der Hirndruckventile dürften die in P G hinein entwickelten Hh die bei weitem wichtigeren sein.

Verfolgen wir nun das Schicksal des Hh-Gewebes nach Dehiszenz seiner Hülle. Es ist schon bei den ersten Stadien der Hh-Entwicklung gesagt worden, daß das Gehirngewebe nach Überwindung der Pia sich ins Maschenwerk des Zottenstromas ergießt, wobei die Stromabalken in das Hh-Gewebe zu liegen kommen. Das hat schon Beneke gesehen und Wojno bestätigt. Es ist auch schon oben erwähnt, daß die aus bloßer Arachnoidea bestehende Hh-Hülle durch Ödem stets locker ist und schließlich durch infiltratives Eindringen von Hirngewebe durchbrochen wird. Ganz dasselbe spielt sich dann im Bindegewebe des duralen Lagers ab, es wird zuerst von Ödemflüssigkeit, die aus der nackten Hh kommt, infiltriert, dann folgt die Glia nach. So kommt Glia in durales Bindegewebe zu liegen, welches hier, namentlich am Rand linsenförmiger Hh, fortgesetzt aufgespalten wird, und andererseits kommen bald einzelne, bald sehr reichliche, zarte und grobe durale Bindegewebszüge ins Hh-Gewebe zu liegen, wo sie kreuz und quer verlaufen.

Bei dieser Durchdringung der Durasepta mit Hirngewebe werden aber diese auch vielfach zerfasert und durchbrochen und das Hh-Gewebe fließt dann durch eine solche Septumlücke weiter durch. Die Überwindung des duralen Bindegewebes scheint manchmal ruckweise zu erfolgen; so sieht man zum Beispiel nahe der blinden Kuppe der Hh 2 bis 3 Bindegewebszüge durchs Hh-Gewebe ziehen, die genau der Form der Kuppe gleichen, auch genau



parallel zu ihr liegen und sicher durale Bindegewebszüge sind, welche ehemals die Kuppe der Hh umgrenzten, seither aber infiltrativ durchbrochen wurden und so ins Hirngewebe zu liegen kommen. Zwei hüllenlos gewordene Hh können spurlos miteinander verschmelzen, so daß daraus eine einheitliche Hh mit zwei Stielen resultiert. Eine solche Verschmelzung könnte übrigens noch innerhalb des Zottenstromas anastomosierender PG erfolgen.

Gelangt nun der infiltrierende Strom des Hirngewebes an einen soliden Endothelhaufen, so kann auch er infiltriert werden wodurch sich sein zelliges Gefüge lockert und zum Schluß kommt auch der ganze Endothelhaufen im aufgelockerten oder noch kompakten Zustande so ins Hh-Gewebe zu liegen, wie das Bindegewebe, in dem er ehedem lag. Auch die endotheliale Haube einer PG kann so von einer Hh infiltriert werden, die von außen an die PG gelangt ist. Ganz ebenso bricht das Hirngewebe gelegentlich ins zellige Mark der Diploe durch, wobei es, solide durale Endothelhaufen vor sich hertreibend, bis ins Knochenmark hineinschiebt und selbst zwischen die Knochenmarkszellen hineingequetscht wird, wobei diese ein helleres, scharf begrenztes Protoplasma bekommen und auch Fettkörnchenzellen zwischen ihnen auftauchen. Eine unüberwindliche Schranke aber findet das Hh-Gewebe da, wo es nach Infiltration des letzten duralen Bindegewebszuges unmittelbar an den nackten Knochen stößt.

Der höchste Grad infiltrativer Ausbreitung führt dazu, daß das Hirngewebe, dieses kostbarste und empfindlichste Gewebe des Körpers, aus dem Schädelinnern geradezu herausgequetscht wird, was makroskopisch natürlich nicht zu sehen war und eigentlich fast unglaublich erscheint. Namentlich im Falle 2 sah man mehrere Male eine Hh, die einen kompletten Schädeldefekt füllte, dabei nach innen vom duralen Operkulum, nach außen vom Perikranium überzogen war, welch letzteres sie, mit einem Drittel ihres Leibes die Außenfläche des Schädels überragend, stark vorbauchte.

Es kam aber auch vor, daß die durale Auskleidung der knöchernen Hh-Grube durch einen Lappen der Hh perforiert wurde, der so als schmale, lange Zunge oder ganz plattpilzförmig sich weithin zwischen Perikranium und Außenfläche des Schädelknochens ausdehnte, nunmehr das perikranielle Bindegewebe infiltrierend, im Knochen eine kleine Grube erzeugend oder aber



gleich daneben ihn zur Bildung einer kleinen Auflagerung aus geflechtartigem Knochen veranlassend.

Auch das kam vor, daß dieser zungenförmige Nebenlappen der Hh sogar das Perikranium perforierte, so an dessen Außenfläche gelangte und das umliegende lockere Bindegewebe infiltrierte. Auch hier noch war das Hh-Gewebe mit Kapillaren, Gliazellen und allerdings äußerst lockeren Gliafasern ausgestattet, bestand aber in den distalsten Anteilen hauptsächlich aus Ödemflüssigkeit.

Es ist wohl anzunehmen, daß diese Penetration von Hirngewebe an die Schädelaußenfläche nicht ausschließlich Leistung der Hh selbst ist, sondern daß es sich um eine Hh handelt, die sich in eine solche PG hinein entwickelt hat, welche in einer schon von Haus aus tiefen Pacchionischen Grube lag.

Wenn eine Hh sich in eine solche PG hinein entwickelt hat, die in eine Vene hineinragt, so könnte es sehr wohl sein, daß Hirngewebe in kleinsten Partikelchen in die freie Blutzirkulation austritt. Morphologisch konnte das nicht erwiesen werden.

Im geheilten Falle 5 scheint durch Resorption des ins Bindegewebe ausgetretenen Hirngewebes diese infiltrative Gewebsvermischung beseitigt zu sein. Aber der dauernde Mangel einer richtigen Hülle bewirkt es, daß auch jetzt noch Ödemflüssigkeit aus den Hh ins Zottenstroma, ins durale Bindegewebe, in Endothelhaufen durchsickert, eine Art Ersatz des schadhaft gewordenen Ventilapparates (s. o.). Daß ein großer, penetrierender Knochendefekt dieses Falles durch eine mächtige endostale Knochenneubildung wieder verschlossen wurde, ist schon oben beschrieben worden, ebenso, daß in einem Markraum, aus der Zeit der Penetration herein bis hieher vorgeschobener, duraler Endothelhaufen liegen geblieben und eingeheilt war. Aber von etwa gleichzeitig mit ausgesperrtem Hirngewebe war im Markraum nichts mehr zu sehen.

Der histologische Bau der Hh entspricht, natürlich mit eingreifenderen Änderungen, dem des Gehirns überhaupt. Schon Beneke fand in ihnen Rinde und Marksubstanz und außer Glia auch markhaltige Nervenfasern und Ganglienzellen, welch letztere Blasius zum Teil ganz normal, zum Teil geschrumpft mit schwächer gefärbten Kernen antraf; Wojno sah die degenerierten Ganglienzellen bald gequollen, bald geschrumpft. Fuchs fand die Gliazellen ungewöhnlich groß.



In den allerersten Stadien der Hh-Entwicklung unseres Falles 4 bestand die Hh nicht einmal aus der ganzen ganglienzellenfreien Gliaschicht der Rinde, wobei die schon beschriebene (s. o.) zweite lichte Lage dieser Schicht die Hauptmasse darstellte, während die erste, superfiziellste, dunkle und tangential gefaserte bald auch in der Hh vorhanden war, bald gerade nur im Hh-Bereiche fehlte. Wenn wie bei größeren Hh auch die Ganglienzellenschicht am Aufbau der Hh teilnahm, so lagen die Ganglienzellen zentral, die Gliaschicht peripher.

Die Gliafasern fanden sich infolge Zwischenlagerung von Ödemflüssigkeit, namentlich marginal, in viel lockererer Anordnung als im normalen Gehirn, ferner nicht wie in diesem in wirr verfilzter Anordnung, sondern parallel oder fächerig angeordnet, weshalb die Hh viel lichter gefärbt waren. Auch die stets zahlreichen Gliazellen waren in der Hh oft ungleichmäßig verteilt. Über die Glia werden noch weiter unten einige Einzelheiten zu sagen sein. Eigene Bindegewebsfasern besitzen die Hh ebensowenig wie das Gehirn, sie kommen aber in Begleitung der Blutkapillaren vor.

Die Ganglienzellen waren in sehr wechselnder Zahl vorhanden, fehlten aber auch oft und waren bald wohlerhalten mit reichlichem Protoplasma, großem Kern und schönen Kernkörperchen, bald atrophisch oder degeneriert. Im letzteren Falle fanden sie sich wie bei Wojno bald gequollen, bald geschrumpft. Die gequollenen hatten ein lichtes, homogenes, unscharf begrenztes Protoplasma ohne Ausläufer und einen großen, lichten Kern mit körnigem Chromatin und deutlichem Kernkörperchen. Die geschrumpften hatten ein dunkel gefärbtes, scharf begrenztes Protoplasma mit sehr deutlichen Ausläufern und pyknotische Kerne.

Das Studium der Gefäße in der Hh und deren nächster Umgebung gewährt uns einen Einblick in die intimeren Vorgänge der Hh-Bildung. Schon im jüngsten Stadium, in dem erst ein winziges Rindenstückchen in den Stiel der PG hineingeraten ist, merkt man im umliegenden, noch nicht ausgetretenen Rindengewebe eine konzentrisch-fächerig zur Hh tendierende Anordnung der Hirnkapillaren, die im weiteren Verlaufe beim Hh-Stiel mit dem Hirngewebe mitaustreten. Ist die Hh voll ausgebildet, so sieht man auch in ihr eine radiäre Anordnung der Kapillaren, die aber vom Stiel zur Kuppe der Hh divergieren. Die für die normale

Rinde so typische Bildung regelmäßiger, enger, polygonaler Kapillarnetze ist schwer alteriert, ihre Maschen vergrößert, elongiert, endlich fächerigstrahlig verwischt.

Wie bei Wojno waren die Kapillaren in der Hh zahlreich und hyperämisch, ja infolge gehemmten Abflusses durch die Schnürung im engen Stiel oft geradezu strotzend gefüllt, von der Dimension ansehnlicher Arterien und trotz der kapillaren Wandung fanden sich keine frischen Blutungen, bloß im Falle 2 hämatogenes Pigment im benachbarten Knochenmark, den Bindegewebszellen der Dura und im Zottenstroma der PG. Diese Stauungshyperämie ist der Grund für das bei der Glia erwähnte Ödem. In der gleichen Hh kann der Gefäßgehalt lokal different sein.

Manchmal sieht man eine sehr ausgesprochene marginale Anordnung der Gefäße in der Hh, die schon beim Stiel ganz marginal eintreten und bogenförmig entlang der Seitenfläche und Kuppe der Hh zur anderen Seite hinüberziehen. Die marginale Lage hat folgenden Grund. Die leptomeningeale Arterie, die jenen Hirnrindenteil mit Kapillaren versorgte, der später zur Hh wurde, liegt nämlich an der ursprünglichen Hirnoberfläche, außerhalb der Hh, fest ans Operkulum angepreßt. Ihre Fortsetzung aber, die die Kapillaren speist, wurde mit dem ausgetretenen, zur Hh gewordenen Hirngewebe mit hinausgerissen, steigt im Hh-Stiel bogenförmig um den Lochrand des Operkulum tief in die Hh hinunter, wo sie sich in die Kapillaren auflöst und hält sich möglichst marginal schon im Operkulumloch, weil ihr Ursprungsort an der Hirnoberfläche eben abseits vom Operkulumloch liegt. So wird der schon normaliter ins Gehirngewebe eintretende Endabschnitt der Arterie mit in die Hh hinuntergerissen.

Es ereignet sich aber, daß eine Hh ihren Ursprung von der Hirnoberfläche ganz genau da nimmt, wo eine kleine Arterie von noch rein leptomeningealer Lage sich befindet. In einem solchen Falle geht das zarte piale und subarachnoideale Bindegewebe durch Dehiszenz verloren, wird vom austretenden Hirngewebe überrannt, aber die leptomeningeale Arterie bleibt als elastischer Strang stehen, markiert so ungefähr das ehemalige Niveau der Gehirnoberfläche, wird nur in kaum angedeuteter, flacher Girlande vom austretenden Hirngewebe mit hinunter gezerrt, steigt aber nicht ganz ins Hh-Gewebe mit hinunter, da es ein Bestandteil des die Hirnoberfläche umspannenden Gefäßnetzes ist, etwa wie der Netzbeutel



um den Spielball. Und so bleibt die Arterie an Ort und Stelle, läßt rechts und links an sich vorbei das Hirngewebe passieren wie ein ins fließende Wasser getauchter Stab und durchspießt auch quer den Hh-Stiel, rings von Hirngewebe umgeben. Auf dieser Strecke kann sich die Arterie gabelig teilen, aber sie gibt keine Kapillaren an das Hh-Gewebe ab.

Ein andermal wieder liegt die gleiche, noch rein leptomeningeale Arterie nicht genau an der Abgangsstelle einer Hh, sondern eine Spur daneben. Die Folge wird dann die sein, daß im Anfang das Gefäß wohl unbehelligt bleibt; in dem Maße aber, als mit der Weiterentwicklung der Hh auch ihr Stiel dicker wird, wird die Arterie zur Seite gedrängt und umschlingt dann bogenförmig den Hh-Stiel an seinem Abgang vom Gehirn. Diese Verdrängungserscheinung ist darum unvermeidlich, weil die Hh durch das von ihr benutzte Duraloch an den Ort gebannt ist, und der in Betracht kommende Arterienabschnitt an seinen Ort durch den fixen Ursprung seines einen Endes von dem durch Dehnung gespannten Gefäßbaum und das gleichzeitige Fixiertsein seines anderen Endes durch die Eintrittsstelle im Gehirn. Auf diesem Wege der bogenförmigen Umschlingung kann dieser Arterienabschnitt von der Hh auch etwas girlandenförmig in die Tiefe mitgezogen sein, gibt hier aber keine Kapillaren für die Hh ab.

Sofort, nachdem die Arterie den Hals der einen Hh umschlungen hat, kann sie entweder in die normale Hirnrinde stark schräg untertauchen oder sie kommt sofort mit einer benachbarten Hh in den gleichen Konflikt, wird von ihr wieder bogenförmig, aber nach der entgegengesetzten Seite verdrängt, so daß die Arterie S-Form annimmt, sich zwischen den Hh-Stielen durchschlängelnd. Oder aber sie zieht an der Hirnoberfläche weiter und erfährt an einer entfernten Stelle wieder eine bogenförmige Ausbiegung aus gleicher Ursache.

Natürlich wird eine so bogenförmig ausgedehnte Arterie die Tendenz haben, sich wieder gerade zu strecken, also den Hh-Stiel von einer Seite einzuschnüren und es könnte sein, daß sie dabei ins Gewebe der Hh auch einschneidet und sekundär den Hh-Stiel so durchspießt, wie das schon geschildert ist.

Die beschriebene bogenförmige Umschlingung des Hh-Stieles durch eine Arterie war recht oft zu finden, sie verrät sich schon im einzelnen Längsschnitt durch den Hh-Stiel in Form zweier

Querschnitte der einen Arterie, die den Stiel flankieren. Dieses Bild sah auch Wojno, deutete es aber als zwei Gefäße, die den Piadefekt begrenzen. Nur Serienschnitte vermögen die recht verwickelten Bilder klar zu stellen.

In das Detail des pathologischen Geschehens innerhalb der Hh gibt das Studium ihrer Gliafaserung einen ebenso interessanten Einblick wie das der Gefäße. Im normalen Gehirn ist das Gliafaserwerk so wirr und so dicht gewebt, daß bei gewöhnlicher Schnittdicke und Färbung die faserige Struktur gar nicht hervortritt. In den Hh jedoch ist dies anders. Nur selten, und zwar meist in den kleinen Hh mit weitem Hals ist das Gliafaserwerk wirr und dicht verfilzt, doch auch hier schon infolge von Ödem lichter als im normalen Gehirn. Dieses Ödem hat zum Teil seinen Grund in der schon erwähnten Blutstauung infolge der Schnürung am Hh-Halse oder darin, daß aus dem Gehirn die Gewebsflüssigkeit leichter in die Hh hinausgepreßt wird als Hirngewebe, wie das schon bei der infiltrativen Ausbreitung der äußersten Hh-Ausläufer zu sehen war. Zu allermeist ist dieses Ödem sogar so hochgradig, daß selbst in ganz einfachen Schnitten jede einzelne Gliafaser aufs klarste hervortritt und das Hh-Gewebe viel lichter wird, als das Hirngewebe, wobei der Übergang im Stiel zu liegen pflegt. Aus der so sichtbar werdenden Gliafaserung läßt sich manches entnehmen. Wojno sah eine Längsfaserung sowie im Zentrum der Hh eine zellreiche, in der Peripherie eine zellarme, ödematöse Glia.

Die Gliafaserung ist oft von so verwirrender Mannigfaltigkeit, daß sie den Eindruck des Willkürlichen macht. Doch läßt sich recht oft eine gewisse Gesetzmäßigkeit feststellen. Häufig ist der Verlauf der Länge nach radiär oder parallel zur Oberfläche zirkulär, oft aber das Zentrum auffallend anders als die Peripherie. Dabei ist immer das Zentrum fast so dicht wie das normale Gehirn, aber doch schon die Faserung viel deutlicher. Andererseits ist aber das Ödem viel geringer, die Gliafasern und die vergrößerten, helleren Gliakerne zahlreicher als an der Peripherie und während im Zentrum hauptsächlich die Ganglienzellen liegen, finden sich in der Peripherie hauptsächlich die auf Zerfall hindeutenden Fettkörnchenzellen.

Es ist klar, daß das zentrale Gewebe viel weniger verändert ist, viel kürzere Zeit seit seinem Austritt vergangen ist, es ist so-



zusagen erst jüngst nachgeflossen. Der Unterschied zwischen beiden Teilen ist so auffallend, daß es erst den Eindruck macht, als sei eine jüngere Hh in eine ältere hineingedrückt, doch ist die bogenförmige Grenzlinie natürlich unscharf und nicht durch Bindegewebe gegeben.

Sehr instruktiv sind die folgenden Bilder: Unter Beibehaltung des verschiedenen Charakters der aus verschiedenen Perioden stammenden Teile ist die Faserrichtung derselben auch different. Der ältere, an der Peripherie liegende Teil ist in weitem Bogen parallel zur Oberfläche der Hh-Kuppe gefasert, der jüngere, nachgeflossene Teil aber formiert zwei nebeneinanderliegende, also kleinere, bogenförmige Fasersysteme. Das heißt, das Nachfließen vollzog sich in zwei Stromteilen und die Scheide zwischen diesen beiden letzteren ist die schon oben beschriebene Arterie, die den Hh-Stiel quer durchspießt und das zu ihren beiden Seiten vorbeifließende Hirngewebe wie ein ins fließende Wasser getauchter Stab in zwei Stromteile teilt. Weil aber der an der Peripherie gelegene, ältere Hh-Teil noch eine großbogige, einheitliche Faserung zeigt, so muß die Arterie erst sekundär in ihre jetzige Lage gekommen sein, wofür die Möglichkeit schon oben erörtert wurde.

Die Rolle dieser Arterie im Hh-Stiel kann in anderen Teilen der Hh eine kleine, mitausgetretene Gehirnarterie oder ein kleineres Gefäß oder aber ein das Hh-Gewebe durchziehender, duraler Bindegewebsstrang übernehmen. So kann die Faserung aufs mannigfaltigste beeinflußt werden, doch sind die Verhältnisse oft infolge inzwischen veränderter Situation nicht immer klarzustellen.

Es ist ganz natürlich, daß nach allen den geschilderten Beleidigungen des so empfindlichen Hirngewebes dieses auch mikroskopisch alle Zeichen der Erweichung aufweisen muß. Schon Beneke sah in den Hh alle Stadien des Zerfalls, natürlich auch Fettkörnchenzellen, Wojno überdies auch Rundzelleninfiltrate. In unserem Materiale fehlten die Fettkörnchenzellen im Falle 4 und 5. Im ersteren, weil die Gewebsbeschädigung wohl schon klar vorliegt, aber noch zu jungen Datums ist, im letzteren, weil der Prozeß als geheilt anzusehen ist (s. u.).

Hingegen waren Fettkörnchenzellen in beiden ersten Fällen reichlich vorhanden, natürlich in wechselnder Zahl, aber stellenweise so massenhaft, daß sie dicht wie Pflastersteine neben-

einander lagen und sogar die Hauptmasse der ganzen Hh ausmachen konnten. Ihre Verteilung war verschieden, diffus oder herdweise, regellos oder elektiv in den perivaskulären Lymphräumen, die von ihnen prall gefüllt waren und das Gefäß in Form eines dicken Mantels umgaben mit scharfer, der Außenwand des Lymphraumes entsprechender Grenzlinie.

Außer im Hh-Gewebe fanden sich Fettkörnchenzellen auch in der leptomeningealen Hh-Hülle, die sie durch massenhaftes Auftreten aufsplittern konnten, so wie in der Dura. Spärliche Lymphozyten konnten ebenfalls in den Hh, aber auch in der benachbarten Dura nachgewiesen werden.

Alles bisher über die Histologie des Hh-Gewebes Gesagte gilt ausschließlich für die progredienten Fälle. Ganz anders war der Befund im geheilten Falle, der zeigt, daß jegliche Beschädigung des Gewebes aufgehört hat, der Abtransport der Trümmer beendet ist und die erhaltenen Reste konsolidiert sind. Die Hh haben sich, wie schon ausgeführt, wesentlich verkleinert, sind in ihrem Duralager adhärent geblieben und ihr Bau gibt das folgende, ruhig gewordene Bild.

Nur sehr selten ist jetzt noch die für die progrediente Hh typische, deutliche Faserung zu sehen oder eine sattere Färbung des Gewebes. Zu allermeist ist das Gliafaserwerk sehr stark reduziert, äußerst locker, mit großen Flüssigkeitslücken, vom Aussehen etwa eines lockerfädigen Gerinnsels; dementsprechend der Farbenton sehr viel heller, als irgendwo bei den progredienten Fällen, darum gegen das satt gefärbte, normale Hirngewebe besonders stark kontrastierend und am Hh-Stiel fast jäh in dieses übergehend. Die Gliazellen äußerst spärlich, ja vereinzelt. Die Ganglienzellen bald fehlend, bald spärlich, bald etwas zahlreicher, ihr Protoplasma bald atrophisch, bald ganz schön erhalten, ja sogar längliche und schönste Pyramidenform aufweisend. Die Kapillaren äußerst spärlich, ganz eng, nirgends mehr in Schleifen herumlaufend, manchmal an Zahl, Dimension und Anordnung etwa wie im normalen Gehirn. Fettkörnchenzellen fehlen vollständig.

Es hat in neuerer Zeit Wojno unter dem Namen „physiologische Hirnhernien“ neun Fälle beschrieben, in denen die Hh die größte Ähnlichkeit hatten mit dem eben beschriebenen Bilde der geheilten Hirnhernien. So waren die Hh klein, ihre Gliazellen meist spärlich, die Grenze



der Hh gegen das Gehirn scharf, unter den verschiedenen zahlreichen Ganglienzellen fanden sich auch pyramidenförmige, die Kapillaren waren spärlich, wenig gefüllt, ähnlich wie im normalen Gehirn und Fettkörnchenzellen fehlten. Es hat auch Wojno die Möglichkeit erwogen, daß es sich in den neun Fällen um abgelaufene Prozesse handle, aber aus bald zu erwähnenden Gründen diese Möglichkeit ausgeschlossen, vielmehr angenommen, daß es sich nicht um das geheilte Stadium gewöhnlicher Hh handle, sondern um eine von diesen ganz verschiedene Erscheinung, eben um physiologische Hh.

Vorher schon hat Fuchs, der die Arbeiten von v. Recklinghausen, Beneke und Blasius nicht kannte, dem also das Vorkommen von Hh unbekannt blieb, in einem Falle von Hirndruck, aber auch in einem normalen Falle Hh gesehen, sie richtig als in die PG hinein entwickelt aufgefaßt und daher „Gliazotten" benannt. In einem Falle von Hydrocephalus sah er übrigens ebenfalls PG, aus denen die Hh herausgerissen worden waren, und spricht von „Hohlzotten", die er nicht zu deuten weiß, Bilder, wie sie in unserem Materiale wiederholt vorkamen.

Wojno erklärt das Zustandekommen der physiologischen Hh auf folgende Weise: Die Veränderung beginnt nicht mit gesteigertem Hirndruck, ein solcher kommt überhaupt gar nicht in Betracht, sondern mit einem Defekt in der Pia, der in der Entwicklungszeit der Leptomeningen entsteht. Es handelt sich also nicht um Zerreißung der Pia infolge Hirndrucksteigerung. Durch den einmal gegebenen Defekt tritt das Hirngewebe entweder infolge einer lokalen Hyperplasie nach Wegfall der Hemmung oder gelegentlich des Gehirnwachstums aus.

Unser Fall 5 ist der erste untersuchte Fall von Hh, die sicher unter dem Einfluß gesteigerten Hirndruckes entstanden und nach Beseitigung desselben geheilt sind. Ein solches unzweifelhaftes Testobjekt lag Wojno noch nicht vor. Nun wir es aber haben, kann auch für die neun Fälle von Wojno gesagt werden, daß sie nicht irgend eine differente Erscheinung, sondern geheilte pathologische und nicht physiologische Hh sind.

Es soll nicht auf alle Argumente Wojnos eingegangen werden. Aber es wäre doch unverständlich, warum sich Entwicklungsdefekte der Pia haargenau da entwickeln sollen, wo wir sie im Falle eines Hirntumors durch den gesteigerten Hirndruck entstehen sehen, nämlich am Stielansatz der PG. Es ist oben ausführlich gezeigt worden, warum der Hirndruck die Piadehiszenz gerade hier und schon im ersten Beginn der Hh-Entwicklung erzeugt (s. o.). In unserem Falle 4 war der Piadefekt schon da, als die Hh eben begann in die PG einzutreten, und als sie noch kleiner war als bei Wojno. Man kann also nicht sagen, die „physiologische" Hh sei zu klein, um den Piadefekt zu erzeugen, davon abgesehen, daß,



wenn sie eine geheilte Hh ist, sie früher weit größer gewesen sein kann.

Im übrigen mögen bei Wojno die Hh auch von Haus aus klein gewesen sein, da das sie erzeugende Moment (s. u.) in diesen Fällen nur schwach einwirkte; aus dem gleichen Grunde waren sie auch so überaus spärlich und nur am wichtigsten Prädilektionsorte, der mittleren Schädelgrube, zu finden.

Das wichtigste Argument Wojnos aber ist das folgende: In allen bisher beschriebenen Fällen multipler Hirnhernien handelt es sich um Hirntumoren mit gesteigertem, intrakraniellem Druck, während in den eigenen neun Fällen ein Hirntumor stets fehlte, ebenso entsprechende klinische Erscheinungen während der letzten Krankheit und anatomische Zeichen pathologisch gesteigerten Hirndruckes, wie Abplattung der Windungen, Usur des Schädelknochens usw., und damit fehlte auch die Gewalt, die zu Hh führen könnte.

Wenn aber Wojno hinzufügt, daß auch früher, anamnestisch während des ganzen Lebens kein gesteigerter Hirndruck bestand, so ist dies eine unbewiesene Annahme. Vorübergehender gesteigerter Hirndruck ist auch ohne Hirntumor eine gar nicht seltene Erscheinung, so bei Migrän, Nephritis, den verschiedensten Geistesstörungen, bei Infektionskrankheiten usw. In der Tat waren vier der Fälle geistesgestört, einer hatte chronische Nephritis und, wenn wir selbst die anatomischen Hirnbefunde durchgehen, finden wir bei manchem von ihnen einen pathologischen Befund, wenn auch geringen Grades.

So z. B. mäßige Erweiterung der Seitenventrikel mit Ependymgranulationen (Fall 2), Ventrikel und Aquädukt ziemlich weit (Fall 1), Blutungen und Erweichungen des Gehirns (Fall 8), Ödem des Gehirns und etwas gespannte Dura (Fall 6), starkes Ödem der Leptomeningen (Fall 7), Pachymeningitis interna haemorrhagica, Dura leicht gespannt, Seitenventrikel mäßig weit (Fall 3), chronische Pachymeningitis interna (Fall 5) und von den zwei Fällen mit anatomisch normalem Hirnbefund (Fall 4, 9) war einer geistesgestört. Es sind diese Veränderungen an sich vielleicht nicht so sehr dazu befähigt, Hirnhernien zu verursachen, als zur Annahme pathologischer Vorgänge im Schädelinnern verwertbar.

Aber auch ohne solche anatomische Zeichen kann es im Leben durch eine Reihe von Momenten gelegentlich zu vorübergehender

Hirndrucksteigerung kommen, die auch genügt, um einmal eine winzige Hh zu erzeugen. Was ist dazu nötig? Doch nur, daß sich die piabekleidete Hirnoberfläche einmal so fest an die Arachnoidea anlegt, daß sie den Eingang in den Stiel der PG fest verlegt, so daß in der PG der Druck auf Null sinkt (s. o.). Dann tritt Hirngewebe als Hernie aus und diese bleibt in der Situation, auch wenn die Drucksteigerung gewichen ist, oder vergrößert sich vielleicht sogar unter dem normalen Hirndruck weiter.

Zu einem solchen gelegentlichen Anpressen der piabedeckten Hirnoberfläche an die Arachnoidea durch eine vorübergehende Drucksteigerung ist aber an der Hirnbasis besondere Gelegenheit gegeben, wo, wie schon Wojno selbst betont, das spezifisch schwere Gehirn der Schädelbasis aufliegt und nicht schwebt (s. o.). Dieses Aufliegen des Gehirns auf der Schädelbasis scheint aber unter normalen Umständen nicht so fest zu sein, als daß es den Zugang zum Stiel der PG verlegen könnte, sonst müßten an der Basis Hh bei jedem Menschen vorkommen.

Literatur.

Allenbach: Weitere Beiträge zur Pachymeninxverkalkung bei Usura cranii. Virch. Arch. 205, S. 474, 1911.

Axhausen: Arbeiten aus dem Gebiete der Knochenpathologie und Knochenchirurgie. Langenbecks Arch. 94, S. 241, 1911.

Beneke: Zwei Falle von multiplen Hirnhernien. Virch. Arch. 119, S. 60, 1890

Blasius: Ein Fall von Epidermoid der Balkengegend. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen Hirnhernien. Virch. Arch. 165, S. 504, 1901.

Fuchs, A.: Die Veränderungen der Dura mater usw. Arbeiten aus dem neurolog. Institut Obersteiner. X., 1903, S. 378.

Key und Retzius: Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes. I. 1875, Stockholm.

Nunokowa: Über Verkalkung der Pachymeninx bei Usura cranii. Virch-Arch. 198, S. 271, 1909.

Recklinghausen, v.: Verh. d. phys.-med. Ges. zu Würzburg. N. F. II, 1872, S. IX.

Saltykow: Zur Kenntnis der Duraverkalkung bei Schädelusur. Verh. d. deutsch. Pathol. Gesellsch. XVII. Tagung 1914, S. 521.

Schmidt, Hans R.: Zur Kenntnis der physiolog. und patholog. Duraverkalkung, Virch. Arch. 215, S. 142, 1914.

Schmidt, Benno M.: Über die Pacchionischen Granulationen usw. Virch, Arch. 170, S. 429, 1902.

Virchow: Über die Involutionskrankheit (Malum senile) der platten Knochen, namentlich des Schädels. Verh. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg 1853, Bd. IV, S. 354.

Wojno: Über physiologische Hirnhernien. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie, 9. S. 279, 1912.



Vergleichende Betrachtung mehrerer Herd-erkrankungen in der Sehsphäre.

Von

Dr. Otto Pötzl.

A. Fuchs und Verfasser haben in einer gemeinschaftlichen Arbeit einen Fall mit unvollständigem parazentralen Skotom nach Hinterhauptsschuß besprochen, dessen anatomischer Befund die Lage der Zentren für Fixierpunkt und direktes Sehen im Polgebiet der Hinterhauptslappen unmittelbar zur Anschauung gebracht hat[1]). Der Befund des Falles erforderte deshalb eine genaue vergleichende Einordnung unter die bereits vorliegenden Bilder von Herderkrankungen im Bereich der engeren und weiteren Sehsphäre; diese ist vom Verfasser durchgeführt worden; es ergaben sich über das räumliche Nebeneinander der Zentren in der Regio calcarina und in deren Nachbargebiet gewisse Aufschlüsse, die auch auf den Sinn und auf die phylogenetischen Entwicklungsbedingungen der Lagerung dieser Teilzentren hingewiesen haben[2]).

Es war naturgemäß, daß bei dieser Betrachtung der Standpunkt der strengen Projektionslehre festgehalten und erweitert werden konnte; es ergaben sich fixe topische Beziehungen und eine Gliederung in festgelegten Teilzentren nicht nur für die engere Regio calcarina, sondern auch für das gnostische Feld der weiteren Sehsphäre, das im Wesentlichen mit der Rindenzone 18 Brodmann zusammenfällt. Der Begriff eines Zentrums war in diesen Betrachtungen nur klinisch einigermaßen definiert: als ein Rindenfeld mitsamt seinen zugehörigen Fasersystemen, dessen Zerstörung regelmäßig mit eindeutig zugeordneten spezifischen Ausfallserscheinungen einhergeht.

[1]) Diese Jahrbücher, 38 I., S. 115, 1917.

[2]) Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 27, 1918.



Im Verlauf dieser Betrachtungen ist nicht vergessen worden, daß der Fall Pl. aus der Bearbeitung von A. Fuchs und Verfasser einen Befund enthalten hat, der mit dem Standpunkt der engeren Projektionslehre nicht oder nur schwer und gezwungen in Übereinstimmung zu bringen war: die Unvollständigkeit des Skotoms, in dessen Bereich trotz seiner festen Grenzen ein quantitativ abgestuftes Helligkeitssehen immer erhalten geblieben ist, während der Formensinn fehlte. Die Herdzerstörung in der engeren Sehsphäre war sehr umfangreich; sie erschien als vollständig, so daß projektive Verhältnisse diese Eigenart des Skotoms kaum zu erklären imstande sind.

Verfasser hat in der zitierten Bearbeitung diesen Punkt hervorgehoben, aber aus der Besprechung ausgeschaltet, da er nicht geeignet ist, für die Topik der Zentren in der Sehsphäre etwas beizutragen. Dieser Punkt verlangt nun eine gesonderte vergleichende Betrachtung; er ist für die Frage wichtig, wieweit die freiere v. Monakowsche Auffassung von der Tätigkeit der Sehsphäre gegenüber den Tatsachen, die die strengere Projektionslehre stützen, doch eine gewisse Berechtigung behält[1]). Überdies ergeben sich hier besondere Fragestellungen für die mikroskopische Untersuchung des Falles, die gegenwärtig, den Zeitverhältnissen entsprechend, noch nicht vollendet ist; die Art, wie diese durchgeführt werden muß, setzt zu ihrem Verständnis eine vergleichende Untersuchung voraus, die alle eigenartigen Züge des Falles gleichmäßig berücksichtigt.

Im Folgenden soll daher in erster Linie die Bedeutung dieser Unvollständigkeit des Skotoms durch den Vergleich mit verwandten Fällen möglichst klargestellt werden. Es wird sich zeigen, daß die so gewonnenen Gesichtspunkte an den Schlüssen nichts ändern, die über die räumliche Lagerung der Teilzentren bereits gezogen worden sind, daß sie aber über die Wirkungsweise der einzelnen Zentren selbst und über ihre Verkoppelung einige Aufschlüsse bringen.

Auch der Sinn, den die vergleichende Betrachtung für diese räumliche Zentrenanordnung ergeben hat, wird aufrecht bleiben und noch einige weitere Bestätigungen erhalten. Dieser Sinn hat sich dem Verfasser im wesentlichen daraus ergeben, daß bei dem Fall Pl. mit seiner linkshirnigen Zerstörung des makulären Feldes eine

[1]) Vgl. A. Fuchs und Verfasser l. c., S. 148 bis 150.

generelle Wortblindheit und Farbenagnosie nicht bestanden hat, während die Herde bei den Fällen mit Wortblindheit-Farbenagnosie gerade den Teilzentren der peripheren Gesichtsfeldsegmente besonders enge benachbart sind. In der zusammenfassenden Besprechung dieser Beziehungen war es nicht möglich, die verglichenen Herdverhältnisse ausführlich, sowohl für die Rinde wie für die Markfaserung zu beschreiben und photographisch zu illustrieren. Verfasser hat dort die Ergebnisse seiner Untersuchung verwendet, ohne deren Belege genau darzustellen; diese Belege sollen nunmehr nachgeliefert werden [1]).

Es wird sich dabei nicht vermeiden lassen, daß einiges, was bereits in der zitierten Arbeit über den Sinn dieser Zentrentopik auseinandergesetzt worden ist, noch einmal zur Besprechung gelangt; doch wird die genauere Durchsicht dieser klinisch-anatomischen Belege auch wieder zu der Bedeutung zurückführen, die sich hier für die Unvollständigkeit des Skotoms bei Pl. ergibt; damit rundet sich der geplante Vergleich in einer Weise, die in der zitierten Arbeit des Verfassers unbesprochen bleiben mußte.

Dagegen sollen die Beziehungen des Falles Pl. zur Zentrierung des Fixierbereichs und zur Projektion hier nicht wieder erörtert werden. In bezug auf die hier notwendigen Beweisführungen und auf die Folgerungen, die aus ihnen gezogen werden konnten, muß auf die zitierte Arbeit verwiesen werden.

Von den drei wichtigen Beziehungen, die der Fall Pl. für eine theoretische Besprechung bietet, sind es also zwei, die im Folgenden abgehandelt werden sollen: die **Unvollständigkeit des Skotoms** und das **Fehlen einer Wortblindheit-Farbenagnosie**.

I.

Die **Unvollständigkeit des Skotoms** ist in der Besprechung des Befundes mit den Resten von Rinde und Markfaserung in Verbindung gebracht worden, die sich in einem großen Teil des zerstörten Gebiets nachweisen lassen; es ist aber auch darauf hingewiesen worden, daß diese einfache Erklärung ihre Schwierigkeiten hat, deren Lösung durch den mikroskopischen Befund keineswegs gesichert ist. Namentlich gilt dies, wie die makro-

[1]) Vgl. Wiener klin. Wochenschr., l. c., Fußnote auf der ersten Seite der Arbeit.



skopisch erkennbaren Verhältnisse gezeigt haben, für Annahmen von Mechanismen, in denen die Projektionsfaserung zu jedem segmental umgrenzten Bereich der Kalkarina-Partien die Hauptrolle spielen soll; man denke sich die segmentale Gliederung der Sehsphäre gewissermaßen atomistisch immer mehr zerkleinert und ordne, die für die größeren Bereiche nachgewiesenen Parallelismen weiter annehmend, jedem kleinen Bereich der Kalkarinagegend einen kleinen Bereich des Gesichtsfeld-, bzw. des Netzhautareals zu; treibt man so die Teilung gewissermaßen ins Mikroskopische, dann fügt sich der beschriebene makroskopische Befund nur höchst gezwungen einer solchen allzu einfachen Annahme; die nachträgliche Bestätigung einer derartigen Ansicht durch die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung ist nur wenig wahrscheinlich. Dazu ist zu viel Rindenmaterial zerstört, zu viel Markfaserung in kompakten Gebieten verschwunden, als daß man ohne weiteres annehmen kann, in jedem solchen Teilgebiet der zerstörten Kalkarinagegend seien die Elemente nur gelichtet, aber nicht völlig untergegangen. Es wurde hervorgehoben, daß hier ein Punkt ist, an dem die ungezwungene Deutung des Befundes sich mehr der im übrigen hier bekämpften freieren Auffassung v. Monakows zuneigen könnte; es liegt nahe, hier eine primitive allgemeinere Leistung anzunehmen, die im Prinzip nicht an abgezirkelte Segmente der engeren Sehsphäre gebannt sein muß und deren morphologische Parallelen in ihrer Art und ihrem Gefüge manche Überraschungen bieten könnten.

Die hier geplante, mehr theoretische Besprechung stellt sich nicht die Aufgabe, Ergebnissen durch Hypothesen vorzugreifen; sie will nur untersuchen, ob nicht auch hier dynamische Momente hineinspielen, deren Abbildung in morphologisch darstellbaren Elementen nicht sicher ist. Solche Momente fanden sich früher in der Betrachtung gewisser Unregelmäßigkeiten des Skotomareals. Ähnliches kommt für die Unvollständigkeit dieses Skotoms in Frage.

Bekanntlich sind die kleinen Henschen-Wilbrandschen Skotome bei den angewendeten Untersuchungen dauernd als vollständig und absolut erschienen. Damit ist aber der Beweis nicht erbracht, daß sie es tatsächlich gewesen sind. Poppelreuter hat an seinem großen Material von Schußverletzungen die Sehreste der Skotomgebiete in Dunkelzimmeruntersuchungen sehr sorgfältig studiert und viel mehr Sehreste nachgewiesen, als die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden es hätten vermuten lassen. Er spricht auf




Grund seiner Ergebnisse den Satz aus, daß keines der von ihm untersuchten Skotome sich als absolut unempfindlich auf Licht erwiesen hat. Untersuchungen der gleichen Art sind unabhängig von Poppelreuters damals noch nicht veröffentlichten Ergebnissen am Wiener Krankenmaterial durchgeführt worden; sie stimmen mit Poppelreuters Ergebnissen in allen wichtigen Punkten überein; es wurden zum Teil Methoden angewendet, die mit Poppelreuters Verfahren identisch sind; zum Teil aber wurde hier mit Übungsmethoden einer eigenen Art gearbeitet; durch Summation tachistoskopischer Eindrücke vom indirekten Sehen in erhaltenen Gesichtsfeldpartien wurde auf dem Weg über die positiven Nachbilder eine Beeinflussung des Sehens im Skotomareal erzielt; sodann wurde dieses selbst durch Summation tachistoskopischer Expositionen direkt geübt; diese Methode, deren Einzelheiten hier nicht mitgeteilt werden können, hat in einigen Fällen es vermocht, Skotome, die bei den ersten Untersuchungen im Dunkelzimmer scheinbar völlig unempfindlich für Lichteindrücke waren, in mehrwöchiger Arbeit allmählich auf jene Unterstufe optischer Leistungen zu heben, die Poppelreuter beschreibt und die die Mehrzahl der Skotome nach Hinterhauptsschuß von vorneherein oder nach ungleich kürzerer Übung darbietet. Es gelang also auf diese Weise zuweilen, vollständige Skotome in unvollständige umzuwandeln; unter den Fällen, die mit Erfolg so behandelt worden sind, befindet sich einer (Oblt. Th.), bei dem es sich nicht um eine Schußverletzung des Sehrindenbereichs, sondern um einen enzephalitischen Herd mit dem Symptomenkomplex des linken Gyrus angularis (beim Rechtshänder) handelt; in diesem Fall sollte also nach der herrschenden Meinung eine ganz oder teilweise vorhandene Unterbrechung der sogenannten Traktusfortsetzung in den sagittalen Schichten der Markfaserung lateral vom Ventrikel vorliegen, nicht aber eine Affektion des Sehrindenbereichs; die etwaige Annahme, daß die von Poppelreuter hervorgehobene Unvollständigkeit der Skotome nur bei Rindenverletzungen der engeren Sehsphäre statthat, ist durch diesen Fall in Frage gestellt; klinisch bestand hier eine volle rechtsseitige Hemianopsie mit überschüssigem Gesichtsfeld, die durch zwei Jahre vollkommen konstant geblieben war; sie begann erst nach monatelanger Übungsbehandlung optisch zu reagieren; die optische Leistung im hemianopischen Feld konnte aber dann unter den charakteristischen Reaktionen des vorbewußten Sehens allmählich bis zu den



ersten Stufen des Formensehens vom hemianopischen Gebiet aus gehoben werden.

Daß nach Ansicht des Verfassers eine wesenswichtige Unterbrechung der sogenannten Traktusfortsetzung hier nicht vorliegt, soll nur erwähnt werden; auf jeden Fall aber hat es sich hier nach dem klinischen Bild um einen Mechanismus gehandelt, der aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in den Bereich des Projektionsgebiets der Sehrinde fällt.

Diese Ergebnisse sind geeignet, den Unterschied zwischen absoluten und relativen, vollständigen und unvollständigen Skotomen bei Herderkrankungen des Großhirns in bezug auf die Relation zu grob morphologischen Verhältnissen für den gegebenen einzelnen Fall unsicher zu machen. Man kann nicht mehr ohne weiteres sagen, daß dem vollständigen Skotom unter allen Umständen eine vollständige Zerstörung der Traktusfortsetzung oder eines kortikalen Projektionsgebiets entspricht; dies ist auch dann nicht sicher, wenn ein solches Skotom lange als stabil erscheint. Wenn auch nach wie vor dem unvollständigen Skotom unvollständige Destruktionen solcher Art entsprechen mögen, so erscheint eine solche doch nicht mehr als der einzige Faktor, der die klinisch gegebene Unvollständigkeit eines derartigen Skotoms bestimmt.

Man könnte sich verleiten lassen, einem anderen erklärenden Moment seine Aufmerksamkeit zuzuwenden; es könnte sich in diesen lange exkludierten, schwer ins Bewußtsein zu bringenden Sehresten um ein ähnliches Sehen handeln, wie es den Munk-Rothmannschen großhirnlosen Hund befähigt, Hindernissen auszuweichen. Diese Auffassung würde den Fall einer vollständigen Unterbrechung der sogenannten Traktusfortsetzung in die Erklärung mit einbeziehen; da sich eine solche aber nicht einmal durch eine mikroskopische Serie ganz frei von Einwänden nachweisen läßt, scheint dem Verfasser diese naheliegende Hypothese gegenwärtig nicht fruchtbringend zu sein.

Soviel mag aus dem Bisherigen festgehalten werden, daß nicht nur der völlige Mangel einer optischen Leitung durch das Großhirn, sondern auch die Wirkung eines exkludierenden Faktors die Vollständigkeit eines Skotoms zu bestimmen vermag. Es fragt sich, ob sich über die mutmaßliche morphologische Kodifizierung eines solchen Faktors etwas aussagen läßt.

Eine direkte Antwort darauf vermag die Morphologie kaum



zu geben; vielleicht wird eine solche auf dem Umweg über psychologische Befunde eher erreicht.

Die einschlägigen Untersuchungen haben dem Verfasser gezeigt, daß hier ähnliche Mechanismen eine Rolle spielen wie bei dem Vorgang, durch den ohne bewußte Willensarbeit die Doppelbilder bei einer Augenmuskellähmung allmählich verschwinden. Die Abstraktion hat die Tendenz, verspätete und interferierende Wahrnehmungsreste aus dem bewußten Erleben zu entfernen; eine Exklusion solcher Sehreste eines Skotoms durch Abstrahieren kann allein ein unvollständiges Skotom klinisch zu einem vollständigen machen. Andrerseits haben Untersuchungen an zahlreichen Fällen gezeigt, wie gerade bei Schußverletzungen des Hinterhaupts diese spontane Abstraktionstendenz häufig sinkt; die sogenannten physiologischen Doppelbilder, die Vorfarben der Gesichtsfeldperipherie, der blinde Fleck werden ohne jede Vorübung in vielen Fällen aufdringlich bewußt, auch in Fällen, die keine hysteriformen Züge aufweisen. So ist es kein Zufall, daß gerade bei den Kriegsverletzungen mühelos die Sehreste der Skotome sich der klinischen Untersuchung aufgedrängt haben, während sie bei der Untersuchung der Fälle mit kleinen embolischen Herden der Aufmerksamkeit vielleicht entgangen sind. Im hier besprochenen Fall könnte man bis zu der Hypothese gehen, daß der gleiche Herd je nach dem Verhalten der Abstraktion für die klinische Untersuchung einmal ein absolutes, einmal ein relatives Skotom hätte ergeben können.

Damit ist man bei einem Faktor angelangt, dessen morphologische Kodifizierung man entweder überhaupt nicht oder doch nicht in projektiven Beziehungen zwischen Netzhaut und Sehrinde suchen wird. Will man auf die Hypothese einer morphogenen Kodifizierung jenes Abstraktionsprozesses eingehen, ohne dabei in die Zellen- und Faserpsychologie hineinzugeraten, so wird man wohl bei der Annahme stehen bleiben, daß eher eine „Querfunktion"[1] damit in Verbindung zu bringen ist, als eine einseitige Aufladung vom Sinnesorgan aus; der einzige klinisch-anatomisch besser bekannte Mechanismus einer solchen Querfunktion findet sich in den Verhältnissen des Liepmannschen Herdtypus (linkshirniger Herd beim Rechtshänder mit Durchbruch der zum Herd gehörenden Teile der Balkenkommissur); vielleicht könnte man, gestützt auf

[1]) Ausdruck von M. Wertheimer (Exp. Studien über das Sehen von Bewegung. Leipzig, Barth 1912, S. 91).

die Erfahrungen über das psychische Geschehen bei der optischen Agnosie, auch im hier besprochenen Fall diesen Mechanismus mit jenem etwaigen zweiten Faktor in Verbindung bringen, der in dem Sinken abstrahierender Akte besteht. Aus dem anatomischen Befund des Falles mag hier an die partielle Durchbrechung des Forzeps minor erinnert werden.

Rein klinisch aber scheint damit der Unterschied zwischen absolutem und relativem Skotom bei Läsion der Sehrinde nunmehr völlig verwischt zu sein, da es sich in jedem Fall um eine graduelle Abstufung des gleichen Geschehens handeln kann, nicht aber um einen durchgreifenden Unterschied handeln muß. Dennoch liegt gerade in der Beachtung des abstrahierenden Faktors eine klinisch sichere Handhabe, die es gestattet, die absoluten und die relativen Skotome bis auf weiteres streng auseinanderzuhalten. Ob ein absolutes Skotom durch die Totalzerstörung der zugehörigen Systeme bedingt ist, läßt sich klinisch nicht untersuchen, kaum anatomisch; ob aber die virtuell nach dem klinischen Prinzip immer vorhandenen Sehreste des Skotoms so bewußtseinsfremd sind, daß sie gar nicht oder erst nach vielen zeitraubenden Kunstgriffen erzwungen ins Bewußtsein treten, oder ob sie spontan, oft wie lästige Eindringlinge, schon beim gewöhnlichen Sehen in der bewußten Wahrnehmung erscheinen, bedeutet für das klinische Bild einen durchgreifenden Unterschied. Hier drängt sich das Bild der logarithmischen Kurve einer chemischen Reaktion auf, die im Prinzip niemals abschließt, während Theorie wie Praxis je nach den Zeiträumen und der in ihnen umgesetzten Menge sehr wohl zwischen vollständigen und unvollständigen Reaktionen zu unterscheiden wissen.

Auf diese Art sind im klinischen Sinn absolute und relative Skotome eindeutig festgelegt; es ist nur aus dem Vorigen ersichtlich, daß sich zuweilen ein absolutes Skotom in ein relatives verwandeln läßt. Auch die Natur macht solche Experimente; einmal wohl bei der Rückbildung mancher Hemianopsien, dann aber bei den halluzinatorischen Delirien der Hemianopiker, wenn die Visionen auf der hemianopischen Seite erscheinen; nur wirken in diesem Fall innere Kräfte, nicht Einflüsse vom Außenraum her; ob das letztere übrigens für alle Fälle reiner Großhirnerkrankung restlos zutrifft, wäre noch zu untersuchen.

Ist aber der klinische Begriff des relativen Skotoms bei Großhirnherd derart festgelegt, so gewahrt man leicht, daß solche relative



parazentrale Skotome wie im hier beschriebenen Fall große Seltenheiten sind, weit seltener als die im gleichen Sinn absolut zu nennenden kleinen parazentralen Skotome. Dann wird man die Beschränkung wieder fallen lassen, die in jener Verschwommenheit des anatomisierenden Begriffs liegt: man wird es nicht so leicht aufgeben, nach morphologischen Gründen für diese klinische Eigenart zu suchen. Nur wird man, wenn man das Vorstehende beachtet, nicht bloß auf den Befund der Traktusfortsetzung und auf Topik und Architektur der Sehrindenreste achten, sondern auf den Zusammenhang dieser Reste mit dem ganzen übrigen Gehirn, insbesondere mit der spiegelbildlich symmetrischen rechtshirnigen Sehsphäre.

Eine solche Betrachtung nähert sich im Prinzip der Anschauungsweise v. Monakows weit mehr als der strengen Projektionslehre in jener Begrenzung, die Wilbrand und Henschen ihr gegeben haben. Fragt man sich, auf was also die mikroskopische Untersuchung besonders zu achten hat, wenn sie die obige Forderung erfüllen will, so handelt es sich, gemäß dem Liepmannschen Herdmechanismus, zunächst um die Balkenformationen; sodann ist ersichtlich, daß für diesen Zusammenhang auch die schmalsten vorhandenen Streifen von Rindenresten mit in Betracht kommen müssen, mögen sie nun eine Markfaserung besitzen oder nicht.

Am klinischen Teil der Bearbeitung des besprochenen Falles hat sich gezeigt, wie schlecht sich die ins Mikroskopische fortgesetzten Auffassungen der Projektionslehre auf die hier makroskopisch gegebenen Reste nervösen Parenchyms anwenden lassen; hier zeigt sich, daß der gegebene Befund sich in diesem Punkt eher der v. Monakowschen Auffassung anzupassen scheint. So scheint es, als passe hier strenge Projektionslehre vollkommen auf die makroskopischen Verhältnisse, lasse aber bei der Betrachtung in einem Mikroraum im Stich. Ob das richtig ist, wird sich vielleicht an dem gleichen Fall noch zeigen lassen.

Vorläufig läßt sich noch ein anderer Fall aus der Beobachtung der Verfasser mit dem hier behandelten Fall vergleichen; es handelt sich um einen Offizier (Oblt. Kr.), bei dem nach Hinterhauptsverletzung durch ein Sprengstück ein kleines homonymes parazentrales Skotom nach rechts unten sich gebildet hat; dieses wird gelegentlich positiv; in dessen Bereich war das Sehen von Bewegungen stets erhalten.

Beide Fälle zeigen also die gleiche Unvollständigkeit eines kleinen umgrenzten Skotoms, die schon bei der gewöhnlichen Unter-



suchung, nicht erst im Dunkelzimmer sich nachweisen läßt. Neben dieser Übereinstimmung kommen aber Unterschiede in Betracht; auch diese ergeben einige klinisch-morphologische Parallelen.

Im Falle Oblt. Kr. besteht ein viel kleineres parazentrales Skotom, das fast ausschließlich im rechten unteren Quandraten liegt: sein Areal ist auf dem Gesichtsfeld des rechten Auges viel größer; hier ist auch das Areal des blinden Flecks vergrößert.

Der Vergleich der Röntgenbefunde zeigt, daß bei Pl. der Knochendefekt im Hinterhauptsbein in der Höhe der Protuberantia occipitalis externa links knapp neben der Mittellinie sitzt. Bei Kr. findet sich am Hinterhauptsbein eine Impression der Kapsel, etwa in der Ausdehnung einer Olive, gleichfalls links von der Medianebene, aber dem oberen Winkel des Hinterhauptsbeins stark genähert, viel mehr dorsal gelegen als bei Pl. An der bezeichneten Stelle ist bei Kr. die Kapsel in ihrer ganzen Dicke gegen die Dura vorgewölbt; die Erhebung gegen das Niveau der inneren Kapselfläche ist nur eine minimale. Knochensplitter finden sich bei Kr. nicht; der laterale und untere Rand der Impression ist wallartig verdickt, „offenbar durch reichliche Kallusproduktion nach chronischer Eiterung.“ (Zentralinstitut Professor Holzknecht, Dr. Eisler.)

Soweit also Vermutungen aus der Konfiguration der Weichteil- und Knochenverletzungen gemacht werden können, scheint die Zone, auf die aller Wahrscheinlichkeit nach die Verletzung bei Kr. rückgewirkt hat, im linken Hinterhauptslappen etwa der oberen Hälfte des Destruktionsbereichs zu entsprechen, der sich bei der Autopsie an Pl. gefunden hat. Sollte die Lage und Ausdehnung der Hirnverletzung den radiologisch feststellbaren Verhältnissen auch bei Kr. so weitgehend entsprechen, wie es bei Pl. der Fall war, dann würde angenommen werden dürfen, daß die Hirnverletzung gegen das Relief der Windungen des Kalkarinabereichs und des Kuneus überhaupt mehr dorsalwärts verschoben wäre, im Vergleich zum Herd bei Pl.

Daß diese Annahme mit den oben erwähnten Verschiedenheiten der beiden Skotome im Sinne der strengen Projektionslehre voll übereinstimmt, ist ohne Besprechung klar. Sie läßt sich auch zur Erklärung der Unterschiede heranziehen, die sich bei der Prüfung der komplexeren Sehleistungen in den beiden Fällen ergeben haben. Diese Erklärungsversuche sind hypothetisch, doch fügen sie sich in das Gesamtbild anderweitiger Erfahrungen an okzipitalen Herd-



fällen gut ein. Bei Kr. bestand die Restleistung des Sehens im Skotom vor allem in dem Sehen von Bewegung und Flimmern; auch hier war das ganze Areal des Skotoms im Dunkelzimmer lichtempfindlich; aber bei den gewöhnlichen Sehleistungen drängten sich wahrgenommene Helligkeitsstufen dem Bewußtsein des sehr fein beobachtenden Patienten nicht auf, während Bewegung und Flimmern sehr auffielen; das Sehen während starker Eigenbewegungen des Patienten machte das Skotom sogar positiv, so daß es als „grauer Flecken“ in die Wahrnehmung des Patienten kam. Ferner bestand bei Kr. eine Metamorphopsie mit Verzerrung nach bestimmten Meridianrichtungen, die mit den Meridianrichtungen der Hauptausdehnung des Skotoms übereinstimmten; endlich waren bei Kr. gekreuzte Doppelbilder vorhanden in einer Schrägverdrehung, die in eine analoge Relation mit der Orientierung des Skotoms gebracht werden konnte, wie die Verzerrungsrichtung der Metamorphopsie[1]). Alle diese Erscheinungen fehlten bei Pl.; freilich war die Metamorphopsie bei Kr. erst bei der Dunkelzimmeruntersuchung offenbar geworden; die Möglichkeit, eine ausreichende Untersuchung dieser Art durchzuführen, hatte bei Pl. nicht bestanden. Aber für die Doppelbilder, die bei Kr. aufdringlich waren, bei Pl. überhaupt nicht nachgewiesen werden konnten, gilt diese Erklärung nicht; bei dem engen sinnesphysiologischen Zusammenhang aller dieser Erscheinungen ist sie daher unzureichend.

Dazu kommt, daß bei Kr. das okulomotorische Moment in der makulär-hemianopischen Lesestörung („Durcheinanderwerfen der Buchstaben bei Blickbewegungen“) und das Verschwinden der Buchstaben in der rechten Peripherie des Sehfelds entschieden nicht so ausgesprochen waren, wie bei Pl., während doch sonst die okulomotorischen Störungen bei Kr. dominierten, bei Pl. eine geringe Rolle spielten. Hier ist ein Umstand, der bei aller durchgreifenden Verschiedenheit die Lesestörung bei Pl. dem Bild der reinen Wortblindheit doch ein wenig näher rückt als die Lesestörung bei Kr. Hier kann berücksichtigt werden, daß die rein okzipitalen Fälle mit Wortblindheit (und Farbenagnosie) mehr basal und median gelegene Herde aufweisen, welche gerade die Rinde, das Mark und die Balkenkommissur des Gyrus lingualis (der linken Hirnhälfte beim Rechtshänder) in wechselnder Ausdehnung zerstören.

---

[1]) Eine genaue sinnesphysiologische Untersuchung der Doppelbilder und der Metamorphopsie in diesem Falle wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Im Gegensatz dazu finden sich die okulomotorischen Störungen mit Doppelbildern, aber auch die Störungen des Formensinns mit Metamorphopsie usw. um so häufiger, je mehr der Herd in die dorsomedianen Partien der Kuneuskonvexität rückt, oder je mehr diese bei einer Zerstörung im Bereich der engsten Kalkarinagegend mitlädiert ist; hier ist ein ähnliches Variieren des klinischen Bildes zu konstatieren, wie bei der Wortblindheit; bei der letzteren tritt mit Verschiebung oder Verbreitung des Herdes auf die laterale Konvexität des Okzipitallappens immer mehr von agraphischen Störungen hinzu, während die der Destruktion des Gyrus lingualis enger zugeordnete Farbensinnsstörung dafür mehr und mehr zurücktritt und sich in das Bild der optischen Aphasie für Farben verwandelt; erreicht auf diese Weise die Herdzerstörung die Systeme des Gyrus angularis, so erscheint als letzte Konsequenz dieser Umwandlung die Wortblindheit mit Agraphie neben den allgemeinen Störungen der motorischen Rechtsentwicklung gegen den Außenraum hin. Es ist bekannt, daß ein großer Teil der Kranken dieser Art verhältnismäßig geringe Störungen des Raumsinns und Formensinns hat; verschiebt man den Herd weiter, so daß er nicht nur die lateralen, sondern auch die medianen Partien der Konvexität einnimmt, so tritt nach klinischen Erfahrungen ein Syndrom zutage, in dem Störungen des Raumsinns, geometrisch-optische Agnosie usw. die Wortblindheit und Agraphie durch ihr Hinzutreten komplizieren. Nun wird leicht verständlich sein, warum ein verhältnismäßig großer Teil von Kranken mit ausgesprochenen Orientierungsstörungen, geometrisch-optischer Agnosie, allgemeiner Metamorphopsie usw. wieder fast völlig frei von Wortblindheit und Agraphie ist; es sind dies die Fälle, in denen die Herddestruktion das dorsaler gelegene Mark der kritischen Region erfüllt, den Umkreis der engeren Kalkarinagegend aber sowohl wie den lateralen Teil der Konvexität frei läßt. Diese Herdfälle bilden den fließenden Übergang zu dem Syndrom mit Destruktionen im Bereich der okzipitaleren Partien des medianen unteren Scheitellappens, wenn der Herd im Präkuneus oder dem Präkuneus genähert sitzt; auch Schußverletzungen dieser Art konnten von den Verfassern genau untersucht werden [1]).

Alle diese verschiedenen Bilder, die bei der gedachten Ver-

[1]) Redlich (Diskussion zu Saenger, Ver. f. Psych. u. Neurol., Wien, Januar 1918) hat den anatomischen Befund eines derartigen Falles mit dieser Lokalisation besprochen.



schiebung eines Herdes sich ineinander gewissermaßen verwandeln, können aus Fällen der eigenen Beobachtung wie der Literatur mit Beispielen belegt werden; eine Zusammenstellung solcher Fälle kann zeigen, daß die topischen Beziehungen jedes Symptomenkomplexes so eindeutig sind, wie die Beziehungen der Lage einer Herdläsion im engeren Kalkarinagebiet zur Lage des Skotoms im Gesichtsfeld. Wenn hier von Herden schlechtweg gesprochen wird, so ist damit der im Vorigen charakterisierte Liepmannsche Herdtypus gemeint, da für diesen Zusammenhang von doppelseitigen Läsionen abgesehen werden soll. Es sind die Herdtypen der weiteren Sehsphäre, die Herdtypen der Agnosie, die sich so charakterisieren; sie stehen in ihrer makroskopischen Bestimmtheit hinter den Herden der engeren Sehsphäre nicht zurück.

Für den Vergleich der beiden hier behandelten Fälle ergibt sich, daß die Unterschiede in den komplexen optischen Leistungen mit den mutmaßlichen Unterschieden in Sitz und Ausbreitung des Herdes ebensogut übereinstimmen wie der Unterschied in der Ausdehnung der Skotome. Bei Kr. entspricht das Vorwiegen okulomotorischer Störungen und der Störungen des Formensinns am ehesten einem Hinausreichen des Verletzungsbereiches aus der engeren Sehsphäre nach der dorso-medianen Richtung der Konvexität; vielleicht ist eine Beteiligung der rechtshirnigen Sehsphäre mit im Spiel, obwohl klinisch für eine solche nichts gesprochen hat. Die Beschreibung des Röntgenbefundes hat gleichfalls eine mehr dorsomediane Lagerung des Herdes wahrscheinlich gemacht. Beides ist also in guter Übereinstimmung.

Bei Kr. besteht die spontane Restfunktion des Sehens im Skotom vorwiegend aus dem Sehen von Bewegungen; die relative Bewegung zwischen Individuum und Umwelt ist es, die das Skotom gewissermaßen aktiviert, so daß es positiv wird, was bei Pl. nicht einmal durch die einschlägigen Versuche erreicht werden konnte. Die eingehende sinnesphysiologische Untersuchung von Kr., die bei dieser ausgezeichneten Vp. sehr gut möglich war, ergibt eine kontinuierliche Stufenreihe von gehemmter Bewegung, die sich in Bewegungssehen, Verzerrungen, Gestaltsqualität usw. umwandelt; in bezug auf die Einzelheiten dieser Reihe muß auf die Originalarbeit verwiesen werden. Die optische Restfunktion, das Bewegungssehen vom Skotom aus, erscheint wie ein unverarbeitetes optisches Material, das vielleicht deshalb so sehr sich ins Bewußtsein drängt.



weil es ungebunden und nicht abgelenkt im Zustandsraum des psychischen Geschehens gewissermaßen frei flottiert. Es ist verständlich, daß eine Bindung und Ablenkung die Abstraktion begünstigt; vielleicht ist sie bis zu einem gewissen Grade mit dem Geschehen bei abstrahierenden Akten identisch. Somit führt die klinische Analyse des Falles wieder auf jene im Vorigen aufgestellten zwei Faktoren; es muß nicht nur etwas vorhanden sein, das erklärt, warum sich eine Restfunktion von Sehen im Skotombereich bildet; es muß eine zweite Tätigkeit sinken, die sonst eine Abstraktion von solchen Sehresten bewirkt; diese Tätigkeit sinkt hier nachgewiesenermaßen für die Verarbeitung des Bewegungssehens; damit bleibt dieses als überschüssiger Rest zurück.

Bei Pl. ist Bewegungssehen im Wahrnehmungsrest vom Skotombereich aus ebenfalls vorhanden; es ist aber weniger aufdringlich und reicht nicht hin, das Skotom als Aktivator positiv zu machen. Dagegen drängt sich hier das Sehen von Helligkeitsabstufungen, also der Lichtsinn, als optische Hauptqualität in den Vordergrund; neben ihm sind praktisch alle anderen optischen Qualitäten verschwunden. Man kann die experimentell gestützte Anschauung akzeptieren, daß hier mehr Bewegungssehen gebunden und abgelenkt wird, da in Übereinstimmung mit der mehr basalen Lage des Herdes die komplexen allgemeinen Störungen des optischen Formensinns fehlen; dann erklärt sich diese Differenz im Befund von selber; da das Bewegungssehen für das Bewußtsein mehr zurücksinkt, werden nur die Reste des Helligkeitssehens aufdringlich bewußt.

Zugleich bleibt die Möglichkeit offen, daß ein bestimmbares morphogenes Moment Parallelbeziehungen zu dieser Art des psychischen Geschehens hat, indem der kuneale Sitz der Affektion bei Kr., der mehr linguale Sitz bei Pl. zwei Hauptentwicklungsrichtungen von optischen Elementarqualitäten gestaltlich sichtbar machen, deren Divergenz hier klinisch und anatomisch zum Ausdruck kommt.

Der Vergleich der beiden Fälle hat also in bezug auf die Unvollständigkeit der Skotome und für das klinische Gesamtbild der Fälle auf dieselben Punkte hingeführt wie die vorhergehende allgemeine Betrachtung. Auch in dem Verhältnis zu den beiden widerstreitenden Anschauungen über Bau und Leistung der zerebralen Systeme zeigt sich dies; im Gegensatz zu den Anschauungen

v. Monakow-Stauffenbergs erweisen sich die Herde bei den komplexen zerebralen Sehstörungen makroskopisch als ebenso streng determiniert wie die Herde im Bereich der engeren Sehsphäre. Die v. Monakowsche Lehre versagt gerade in ihrer makroskopischen Anwendung auch für die optische Agnosie.

Hier ist aber auch die strenge Projektionslehre insuffizient; dies zeigt sich gerade in dem Punkt, in dem der Befund des Falles Pl. nicht mit der Projektionslehre in Einklang gebracht werden konnte. Dieser Befund hatte schon makroskopisch zu der dreifachen Schichtung schlecht gestimmt, in der nach Wilbrand die Zentren für Lichtsinn, Formensinn, Farbensinn innerhalb der engeren Sehsphäre übereinanderliegen sollen. Die vergleichende Betrachtung macht klar, daß es sich hier um Wirkungen handeln muß, die über die engere Sehsphäre weit hinaus sich erstrecken; hier erschließt sich eine Gesamtfunktion, die auch bei dem primitivsten erfassenden Akt voll gegenwärtig ist, deren Komponenten aber erst erscheinen, wenn die Einheitsleistung des erfassenden Aktes sich zerstückt.

Wenn tatsächlich gewisse Formationen innerhalb der engeren Sehsphäre mit Formensinn und Farbensinn etwas Näheres zu tun haben, so sind sie nur die Angriffspunkte transkortikaler Wirkungen, die ihre Hauptzentrierung im Bereich einer weiteren Sehsphäre und darüber hinaus haben. Die Anschauung Wilbrands hilft sich hier mit Wahrnehmungs- und Erinnerungszentren. Es ist kein Wortstreit, wenn man gegen eine solche Benennung prinzipiellen Widerspruch erhebt; das psychische Geschehen sowohl wie die morphologischen Verhältnisse bei der Agnosie zeigen die Haltlosigkeit und Irrigkeit solcher Benennungen; schon dadurch, daß man sie aufstellt, ergibt sich eine empirisch unhaltbare Vermengung von Psychologie und Anatomie. Das gleiche gilt für die Aufstellung der alten Begriffe der Projektions- und Assoziationszentren, wenn man die Projektion mit dem Sehen, die physiologische Assoziation aber mit allem dem zusammenmengt, was psychologisch mit gleichklingenden Namen belegt worden ist.

Vorurteilsfreier ist eine Anschauung, die die Projektionsgebiete der Sehrinde und ihre Markfaserung nur als die Träger festgelegter projektiver Beziehungen zwischen Netzhautbereichen und Großhirnbereichen auffaßt; irgend ein bestimmtes psychisches Äquivalent dieser Beziehungen zu vermuten, ist ebenso haltlos, wie das Leugnen der Projektion aus dem angeblichen Grunde, daß das



gesamte Sehen sich nicht in dieser Engführung abspielen könne. Die Festlegung dieser Beziehungen ist, wie die Herdzerstörungen beweisen, eine Conditio sine qua non für das Aufrechtbleiben eines an bestimmte Segmente gebannten räumlich verankerten Sehens oder nur einer bestimmten Stufe einer solchen; die Zerstörung hebt es auf oder modifiziert es; die Intaktheit dieser Systeme schafft es nicht, wenn der Resonanzboden zerstört ist; ohne diesen scheint ein bewußtes Sehen beim Menschen überhaupt nicht zustande zu kommen.

Alle Trennung von Wahrnehmung und Empfindung, von Assoziation und Apperzeption ergibt für die Hirnpathologie zunächst nur Kunstprodukte des Denkens, nicht naturwissenschaftlich faßbare Erscheinungen; ebenso ist die bewußte oder unbewußte Gleichsetzung von Projektion, Perzeption, Empfindung ein empirisch haltloser Mißgriff. Was sich psychologisch wie morphologisch in voller Parallele findet, ist ein Geschehen, das man mit dem Auftreffen von Wellenzügen auf eine Felswand und mit einer Reflexion dieser Wellenzüge vergleichen kann; aber diese Felswand gibt eine Resonanz, ohne die von den reflektierten Wellen nichts zur Beobachtung gelangt. Zur Projektion gehört notwendig die Reprojektion, aber nichts aus der Psychologie; zur Resonanz gehört die Querfunktion, als deren einziger bisher empirisch faßbarer klinisch-anatomischer Ausdruck der Liepmannsche Herdmechanismus erscheint; dieser vermittelt Kenntnisse über die Träger katalytischer Wirkungen, die das Zeitmaß der hier geschehenden Reaktionen beschleunigen und damit für das Zustandekommen des erfassenden Akts eine ähnliche Conditio sine qua non zu bilden scheinen, wie Projektion und Reprojektion für die segmentale Gliederung des Außenraums[1]). Der eine der beiden Teilvorgänge betrifft die weite Sehsphäre v. Monakows, der andere die enge Sehsphäre von Wilbrand und Henschen; dabei ist aber nicht zu übersehen, daß die letztere wohl nicht im vollen Bereich ihrer Flächenhaftigkeit ausschließlich nur ein Träger solcher projektiver Beziehungen ist, und daß auch die weitere Sehsphäre sich in einzelne Zentren mit festen Relationen zergliedert, ähnlich wie eine gestrichene Klangplatte in tönende Teilbereiche zerfällt.

Angewendet auf die hier vorliegenden Verhältnisse heißt das,

[1]) Bzw. (Hörsphäre) des Eigenraums der Empfindungen.



daß auch hier nach der Läsion jener Querfunktion gesucht werden muß; man kann etwa vermuten, daß hier durch den Balkendurchbruch für den kleinen segmentalen Bereich ein ähnliches Verhältnis geschaffen worden sei, wie es der Liepmannsche Herd in anderen Regionen der optischen Sphäre des Gehirns unter gleichzeitigem Auftreten einer optischen Agnosie bedingt. Vielleicht ist auch für ein zerstörtes Teilgebiet der engeren Sehsphäre die erhaltene Balkenkommissur gerade dieses (linkshirnigen) Gebietes notwendig, damit eine Resonanz zunächst in der spiegelbildlichen rechten segmentalen Hirnpartie und dann weiterschreitend in vielen anderen Systemen eintritt; es scheint gerade diese Resonanz zur vollen homophonen Deckung der ekphorierten mnemischen Erregung auf die Originalerregung notwendig zu sein; andernfalls rekapituliert sich ein Stück von der Geschichte, wie es zu dieser Abstimmung in phylogenetischen und ontogenetischen Zeiträumen gekommen ist; die so angeregten Erregungen flottieren frei, ohne ihre Verankerung und damit ihre Absättigung zu finden. Faßt man diese Vermutung in eine morphologisch anwendbare Fragestellung, ohne die sie hier keinen Wert hat, so lautet diese: Läßt sich in dem Falle Pl. der Liepmannsche Balkendurchbruch neben Zerstörung des zugehörigen linkshirnigen Territoriums in seinem Verlauf genügend darstellen? Läßt sich außerdem, etwa durch Verfolgung der Zusammenhänge zwischen der erhaltenen Hirnrinde und der Reste von Sehrinde im Herdgebiet, eine Kontinuität nervöser Leitung wahrscheinlich machen, die den weiteren Weg über die Rinde selber geht und von der Markfaserung relativ unabhängig betrachtet werden muß?

Erst zu diesen beiden Fragen kommt dann als dritte die selbstverständliche Untersuchung auf die Reste von Projektionsgebiet und von Projektionsfaserung in den sagittalen Schichten, die das Vorhandensein solcher relativ bedeutender Sehreste morphologisch plausibel machen. Schon der makroskopische Befund zeigt, daß das Ergebnis eher das Gebiet der wahren Projektion innerhalb der eigentlichen Kalkarinagegend noch mehr einengen wird, als es der Projektionslehre entspricht; wenigstens ist plausibel, daß es vielleicht nur umschriebene Anteile dieses Flächenraumes sind, die als Träger dieser projektiven Beziehungen erscheinen werden. Andererseits kann man auf die Berücksichtigung der übrigen Destruktionen nicht Verzicht leisten, wie es vielleicht eine mißverstandene Projektionslehre zu fordern schiene. Demgemäß kann für das etwaige

Ergebnis vielleicht das eine vorausgesagt werden, daß das Gebiet der Projektion im Gegensatz zur Monakowschen Lehre als noch mehr eingeengt, das Gebiet der optischen Sphäre des Gehirns, im Sinne der v. Monakowschen Lehre, als stark erweitert sich darstellen wird.

Damit ist ein Teil der Fragestellung für die mikroskopische Untersuchung gegeben; die vorstehende theoretische Betrachtung rechtfertigt sich damit auch vom anatomischen Standpunkt. Es ist zu bemerken, daß diese Fragen eine Durcharbeit des Herdes nach mehreren miteinander nicht ganz leicht verträglichen Indikationen erfordert, weil diese Fragen sich nicht mit der sonst allein geübten Zerlegung des ganzen Gehirns in lückenlose Serienschnitte bei vollem Zusammenhang der Hemisphären lösen lassen. Bei einer solchen Bearbeitung würde vor allem die Durchsicht der Rindenreste im Herdbereich nur ganz ungenügend zur Ausführung kommen. Es wird deshalb notwendig sein, den Bereich der schwartigen Herdwand abzutrennen und gesondert zu einer subtileren mikroskopischen Untersuchung zu verwenden. Dies geht unbedenklich, erfordert aber eine weitere Zerstücklung des Präparates, bei der selbstverständlich alle topischen Verhältnisse später rekonstruierbar bleiben müssen. Allerdings muß eine solche Zerstücklung vorher gerechtfertigt werden, da der Überblick des Zusammenhangs trotz der eingehenden Beschreibung des makroskopischen Befundes doch auch bei den mikroskopischen Schnitten sehr wünschenswert wäre.

Es ist jetzt noch mehr ersichtlich, warum die Verf. sich so schwer entschlossen haben, den Balken zu durchschneiden, obwohl dies, wie Photogramme 5 und 6 zeigen, unbedingt notwendig war, um bei dem bereits in Horizontalschnitte zerlegten Gehirn die Seitenansicht des Windungsreliefs zu bekommen. Doch wird dies vielleicht der Verfolgung der Balkendestruktion eher förderlich sein, da sich diese, wenn überhaupt, im Splenium und im Tapetum der r. H. nur in dünnen, sehr individuell differenzierbaren Schnitten optimal darstellen läßt. Auch hier wird die Zusammenfügung der etwaigen Ergebnisse zu einer topischen Einheit innerhalb des überhaupt Möglichen nachträglich nicht schwer sein.

Soviel besagt die theoretische Besprechung des ersten der drei aufgestellten Hauptpunkte für die mikroskopische Untersuchung. Klinisch hat sie vor allem den Fall und seinen Herdbefund dem Liepmannschen Mechanismus und damit dem Gebiet der Agnosien



näher gebracht. Es wird nun einleuchtend sein, warum der Vergleich mit dem Herdtypus der reinen Wortblindheit als zweiter Hauptpunkt der theoretischen Besprechung aufgestellt worden ist.

II.

Klinisch ist der Befund des Falles Pl. von dem Typus der reinen Wortblindheit vollkommen verschieden; dies gilt für das Bild aller Fälle mit umschriebenen parazentralen Skotomen, die bisher bekannt geworden sind. Wo aber ein anatomischer Befund vorliegt wie bei Pl., muß die Frage aufgeworfen werden, wie sich die ganz zweifellose Grundverschiedenheit der beiden betrachteten Symptomenkomplexe morphologisch erklären läßt; die Bearbeitung dieser Frage wird zugleich das nächstliegende Beispiel für das liefern, was im Vorigen besprochen worden ist; sie wird zeigen, wie ganz benachbarte Herde im Okzipitallappen der linken Hemisphäre Symptomenkomplexe von durchgreifender gesetzmäßiger Verschiedenheit bedingen; die Bilder dieser Herde lassen sich, wie sich zeigen wird, nebeneinander in das Schema des Okzipitallappens eintragen und fügen sich zusammen wie zwei benachbarte Steine in einem Mosaikbild.

Es liegt im Wesen der Sache, daß hier mit dem anatomischen Teil der Besprechungen begonnen werden muß.

Von allen Varianten, deren das Bild der Wortblindheit fähig ist, kommt nur eine hier in Frage, die reine Wortblindheit ohne Agraphie, die in der überwiegenden Anzahl der Fälle mit einer Agnosie für Farben verbunden ist, sonstige agnostische Symptome aber nur spurweise hat. Es ist das Bild, das vor allem Dejerine herausgehoben hat und dessen klinische Einheit er mit Recht verficht.

Dieses Syndrom, Wortblindheit und Farbenagnosie, soll im Folgenden allein betrachtet werden, und zwar zunächst seinem Herdtypus nach.

Verfasser verfügt über zwei Fälle, die hier aus der ganzen übrigen Kasuistik eigener und fremder Erfahrungen herausgegriffen werden sollen. Es sind dies der Fall mit der kleinsten bisher bekannten Läsion, die dieses Syndrom rein, d. h. unkompliziert durch sonstige optische Phaenomene hervorgebracht hat, sodann der Fall mit der größten bekannten Läsion, für die dasselbe gilt.

Der Fall mit der kleinsten Läsion ist von Bonvicini und

Verfasser bearbeitet worden[1]); der Fall mit der größten derartigen Läsion ist von Verf. bisher noch nicht ausführlich veröffentlicht worden[2]). Beiden Fällen entsprach klinisch die gleiche Stufe der Wortblindheit, die verbale Alexie; eher war diese im Fall mit dem großen Herd etwas geringer; der Grad und die Art der Farbenagnosie stimmte in beiden Fällen genügend überein; ebenso bestand in beiden Fällen dieselbe segmentale Sehstörung, die für dieses Syndrom gewöhnliche rechtsseitige Hemianopsie des Rechtshänders; nichtoptische Reaktionen aphasischer Art bestanden in keinem der beiden Fälle; beide Herde beschränkten sich streng auf das Gebiet der Art. cerebri posterior; in keinem der beiden Fälle bestand mehr als eine geringfügige Spur von sonstigen agnostischen Symptomen; der einzige Unterschied der beiden Fälle in bezug auf den optischen Symptomenkomplex war der, daß im Fall mit dem größeren Herd das perizentrale überschüssige Gesichtsfeld ganz auffallend klein war, so daß, bevor der Fall in die Untersuchung des Verfassers kam, an eine Traktushemianopsie gedacht worden war; diese Vermutung lag in der Tat nahe, da der Fall mit einer rechtsseitigen Hemichorea-Athetose neben spastisch-rechtshemiplegischen Erscheinungen kompliziert war; zur Erklärung dieser motorischen Symptome fand sich aber nur der Herd durch Thrombose des Hauptstamms der Art. cerebri posterior; schließlich bestand noch eine rechtsseitige Hemihypästhesie, deren Spuren stabil waren. Der Fall mit dem kleinen Herd war motorisch durch eine Kontraktur des rechten Beines kompliziert. Die hauptsächliche Divergenz dieser beiden Fälle lag also in ihren motorischen Erscheinungen, nicht auf dem optischen Gebiet; sie soll für den hier angestrebten Zusammenhang unbesprochen bleiben, obwohl es Gesichtspunkte gäbe, von denen aus sie in die Erörterung hineingezogen werden könnte.

Aus den vorstehenden Bemerkungen kann entnommen werden, wie absolut verschieden das klinische Bild dieser beiden Fälle von dem klinischen Bild des hier als Hauptfall betrachteten Pl. ist; es ist zunächst klinisch nicht einzusehen, warum überhaupt hier eine Parallele gemacht wird. Das ändert sich aber, wenn man die Hirnherde miteinander vergleicht, die diese drei Fälle aufweisen.

Begonnen soll mit dem Fall von reiner Wortblindheit mit

[1]) Arb. aus dem neurolog. Institut der Wiener Universität. (Festschrift) 1907.

[2]) Fall Böhm, erwähnt Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27, 1918.



kleinster Läsion werden. (G. S.) Hier fanden sich zwei sehr kleine gelbe Erweichungen im Gebiet der Innenfläche des linken Okzipitallappens, die das scheinbar unversehrte Kalkarinagebiet förmlich umschlossen hielten. Die dorsale der beiden Erweichungen ist die kleinere; sie liegt im Sulcus cunei, von dessen allernächster Umgebung nur der mehr polar gelegene Teil erhalten ist; die Erweichung destruiert den mehr frontalwärts gelegenen Teil des Sulcus cunei nur im mittleren Drittel; der vorderste, gegen die Fissura parieto-occipitalis hin ziehende Anteil dieser Furche und ihrer Umgebung ist wieder erhalten[1]).

In die Tiefe dringt diese Erweichung als ein schmaler Streifen lateral und nach vorne bis in den Forzeps major des Balkens, den sie gerade an der dorsalen inneren Kante des Hinterhorns in einem kleinen Anteil durchbricht; diese Balkendurchbrechung verursacht eine sekundäre Degeneration, die sich an den Weigert-Schnitten nur bis ins Splenium mit Sicherheit verfolgen läßt, da sie von da ab als zu klein sich in dem Fasergewirr verliert.

Der übrige Teil der kunealen Lippe der Kalkarina ist mitsamt ihrer Markschicht unversehrt; demgemäß ist der Fasciculus transversus cunei nur teilweise degeneriert.

Hier ist also gerade der die Fissura calcarina umgebende Teil des Kuneus in seiner Totalität erhalten, die Mitte des dorsaleren Gebiets um den Sulcus cunei zerstört. Der polare Anteil des Kuneus ist intakt; die partielle Zerstörung trifft Partien des mehr frontalen Anteils.

Ein Blick auf die Photogramme von Pl.[2]) zeigt, daß, wie beschrieben worden ist, bei diesem Herde gerade die polaren Gebiete des Kuneus zerstört, die mehr frontalen, darunter die bei G. S. destruierten erhalten geblieben sind. Die Zerstörung bei Pl. trifft, umgekehrt wie bei G. S., ausschließlich die der Fissura calcarina angelagerten Partien des Kuneus.

Beide Herdzerstörungen liegen also kuneal aufs engste benachbart; sie grenzen aneinander und fügen sich zusammen zum Relief des Kuneus. Der eine Herd ist das Negativ des andern.

Es ist nun die Frage, was von diesem Teil des vergleichenden Befundes mit der Divergenz der beiden klinischen Bilder in Verbindung gebracht werden darf. Es ist nicht gestattet, die kuneale

[1]) Vgl. die Figur (Photogramm) l. c., S. 527.

[2]) Jahrbücher f. Psych. 38. 1. (Festschrift.) S. 142 bis 145.



Erweichung des Falles G. S. unter die notwendigen und hinreichenden morphologischen Bedingungen für das Zustandekommen einer reinen Wortblindheit mit Farbenagnosie aufzunehmen; selbstverständlich wird damit eine Rückwirkung dieser Erweichung auf das Syndrom gerade für diesen Fall kleinster Läsion nicht überhaupt geleugnet; sie kann etwa nach Art jener verstärkenden Wechselwirkungen mehrerer Herde aufeinander angenommen werden, deren Gesetze Imamura für das Tierexperiment zu einem großen und wichtigen Teil klargestellt hat. Allein für die Herstellung noch engerer Beziehungen fehlt die Unterlage; Niessl von Mayendorf hat die Wesenswichtigkeit der Herde im Gyrus lingualis allein für die Morphologie der reinen Wortblindheit verfochten und die vergleichende Betrachtung von Fällen, in denen solche kuneale Destruktionen fehlen, gibt ihm in diesem Punkt Recht[1]).

Es ist also vor allem ein negatives Moment, zu dessen Konstatierung dieser Vergleich fruchtet; da die verglichenen Herdpartien trotz ihrer engen Nachbarschaft einander ausschließen, ist verständlich, daß in keinem der beiden Fälle ein Symptom des andern erscheint. Die enge Nachbarschaft der beiden Herde bleibt aber zu beachten.

Auf den kunealen Teil der Herdzerstörung konnte bei der Besprechung von Pl. im Sinne der strengen Projektionslehre der Teil des parazentralen Skotoms bezogen werden, der im unteren Quadranten des Gesichtsfelds liegt. Der hier durchgeführte Vergleich bringt in dieser Beziehung nichts Neues. Denn bei G. S. besteht eine komplette rechtsseitige Hemianopsie, der anatomisch eine totale Unterbrechung der sogenannten Traktusfortsetzung entspricht; für die Erklärung der Hemianopsie im rechten unteren Quadranten ist daher eine Betrachtung der Sehrindenverhältnisse überhaupt unnötig; daß der engere Kalkarinaanteil des Kuneus hier unversehrt ist, kann im klinischen Bild nicht zum Ausdruck gekommen sein[2]).

Wichtiger und ergebnisreicher ist der Vergleich zwischen der lingualen Erweichung bei G. S. und den lingualen Partien des Herdes von Pl.

Diese größere, ventral gelegene Erweichung bei G. S. erscheint bei nicht zerschnittenem Gehirn zunächst nur etwa so groß wie ein Hellerstück. Sie liegt unterhalb des Sulcus lobuli lingualis und geht

[1]) Während Verfasser sich den theoretischen Anschauungen des zit. Autors nicht anschließen kann.

[2]) Außer in der Größe des überschüssigen Gesichtsfelds.

stark in die Tiefe sowohl, wie im Grunde der Windungen frontalwärts. Infolgedessen hat sie einen großen Teil der Rinde und des Marks des Lobulus lingualis superior bis zur Ventrikelwand zerstört. Sie durchbricht den ventralen, teilweise auch den inneren Anteil der Stabkreuzfaserung des Hinterhauptlappens; sie durchbricht auch den ventralen Teil des Stratum calcarinum, aber nur für eine sehr geringe Ausdehnung. Dem entsprechend ist der Fasciculus transversus lobuli lingualis beinahe völlig degeneriert. Daß die Rinde und die Markmasse der Konvexität in diesem Fall vollkommen intakt ist, muß auch hier besonders hervorgehoben werden; es sichert die strenge Vergleichbarkeit der beiden Herde, die keine Degeneration schaffen, deren Ausgangspunkt außerhalb der weiteren oder engeren Sehsphäre gesucht werden könnte.

Auch die totale Unterbrechung der Traktusfortsetzung rührt zum allergrößten Teil oder ganz von dieser in die Tiefe dringenden lingual gelegenen Erweichung her. Sie durchbricht am Boden und an der Innenwand des Ventrikels fast alle Faserzüge. Demgemäß läßt sich die rechtsseitige komplette Hemianopsie aus der sekundären Degeneration des ganzen ventralen Drittels aller Sagittalschichten ablesen, die sich bis in das völlig degenerierte Corpus geniculatum laterale verfolgen läßt.

Auch ein Teil der Tapetumdegeneration erfolgt allem Anschein nach von der lingualen Erweichung aus; man sieht an der Schnittserie, wie sie erst dem unteren äußeren Winkel des Ventrikels anliegt, dann allmählich höher hinaufrückt und durch den Forzeps major in das Balkensplenium tritt. Von derselben Stelle aus geht die sehr ausgiebige Unterbrechung des Forzeps minor, die beinahe an der ganzen inneren Wand des Hinterhorns zu sehen ist und unterhalb der Tapetendegeneration in die unterste Etage des Balkensplenium zieht. Die Degenerationen reichen auch hier sehr weit frontalwärts; auch der linke hintere Schenkel des Fornix erscheint bedeutend gelichtet.

Das Balkensplenium zeigt also an seiner ventralen Seite zwei Aufhellungen untereinander, deren Aresale quergestellt sind; eine schwache Lichtung der ventralsten Anteile des Tapetum und der inneren Sagittalschicht scheint auf die spiegelbildliche Symmetrie im Gesamtverlauf der degenerierten Balkenbahnen hinzuweisen.

Im Vergleich mit den Photogrammen des Herdes von Pl. zeigt sich sofort, daß bei G. S. die polaren Partien des Lobus lingual.



in Rinde und Mark vollkommen erhalten sind. Soweit eine Unterbrechung der diesem Mark angehörigen Bahnen beim Herd G. S. stattfindet, erfolgt sie in einem viel frontaler gelegenen Querschnitt ganz nahe an den Wandungen des Ventrikels. Gerade dort finden sich bei Pl., wie beschrieben worden ist, breite erhaltene Markmassen; sie zeigen die Intaktheit der Leitung nahe dem Ventrikel an; gerade die polaren Anteile des Lobus lingualis sind es, die bei Pl. zerstört sind.

Für die letzteren gilt nur die gleiche Schlußfolgerung aus dem Vergleich, die bereits für den kunealen Teil der Sehrinde und für die kuneal gerichteten Areale der Traktusfortsetzung gezogen worden ist. Dagegen ist der Unterschied in der Durchbruchsstelle der Markfaserung wichtig; er macht es, konform den früheren Erörterungen, abermals verständlich, warum bei G. S. eine komplette rechtsseitige Hemianopsie, bei Pl. aber nur ein parazentrales Skotom mit erhaltenem peripheren Sehen bestanden hat. Hier werden die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung bei Pl. viel zu vervollständigen haben; denn es wäre gerade auf diese Art leicht verständlich, daß rarefizierte Faserbündel auch von den polaren Kalkarinagebieten her erhalten geblieben wären, die mit dem projektiven Faktor einer morphologischen Erklärung der Sehreste des Skotoms in Verbindung gebracht werden könnten.

Ebenso ist wieder bei Pl. die der Fissura calcarina selbst anliegende Partie der lingualen Lippe zerstört; bei G. S. ist diese bis auf das erwähnte schmalste Stück des Stratum calcarinum erhalten; selbst dieses schmalste Stück liegt aber, wie leicht ersichtlich ist (Phot. 6a), bereits in jenem Gebiet der lingualen Lippe, das, mehr frontal gelegen, bei Pl. nicht nur eine völlig intakte Rinde, sondern auch ein völlig unversehrtes Eigenstratum aufweist. Noch mehr: Gerade im polaren Teil ist der Gyrus lingualis bei Pl. auch in den mehr basalen, dem Sulcus lobul. lingualis genäherten Partien zerstört, zusammen mit Teilen des Gyrus fusiformis; beim Herd von G. S. dagegen sind wieder gerade diese Partien intakt; die schmale, aber tiefgehende, zungenförmig frontalwärts sich fortsetzende Zerstörung der um den Sulcus lobul. lingualis gruppierten Partien beginnt fast genau an der Stelle, wo die Zerstörung bei Pl. aufhört; sie erstreckt sich bis zu dem Grunde des Windungszuges an der gemeinsamen Branche der Fissura calcarina und Fissura parieto-occipitalis nach vorwärts.



Die komplexer gestalteten Herde im Gebiet der Gyri linguales verhalten sich also in beiden Fällen in bezug auf Rinde und Mark fast geometrisch genau wie Nachbarsteine in einem Zusammenlegespiel; sie grenzen überall aneinander und überlagern sich nirgends.

Aus diesem Befund können wichtigere Beziehungen zu den Differenzen der klinischen Bilder abgeleitet werden, als aus den früher erwähnten Vergleichspunkten. Die bei G. S. zerstörte Partie des Gyrus lingualis findet sich bei den Herdfällen mit diesem Symptomenkomplex immer wieder zerstört; sie ist gewissermaßen die zentrale Zone des Herdes von diesem Typus. Ihr Erhalten bei Pl. darf also mit dem Fehlen von Wortblindheit bei Pl. in Verbindung gebracht werden, während wegen der Farbenblindheit Pl.s über die Beziehungen zur Farbenagnosie vorläufig nichts völlig Sicheres ausgesagt werden kann. Andererseits sind bei G. S. polare Partien des Gyrus lingualis erhalten, die bei Pl. zerstört sind; es handelt sich in ihnen zum großen Teil um Rindenareale des engen Projektionsgebietes; fragt man sich, welche Unterschiede in den beiden Syndromen mit dieser gestaltlichen Differenz der Destruktionen in Verbindung gebracht werden könnten, so bleibt wegen der jede partiellere segmentale Sehleistung verdeckenden Totalhemianopsie bei G. S. nur ein Moment übrig: die fast fehlende sog. makuläre Aussparung bei Pl., das überschüssige Sehfeld bei G. S.

Eine solche Annahme ist hypothetisch. Da sie aber eine weitere Frage in sich enthält, die durch die mikroskopische Untersuchung lösbar ist, soll sie formuliert werden; es wäre also möglich, daß diese erhaltenen, aber von der Peripherie abgesperrten Rindenpartien für die Sehleistung noch eine Rolle spielen, indem sie, in den Mechanismus der Wilbrandschen Doppelversorgung eingreifend, in ihrer Leistung zur Bildung und Restitution des überschüssigen Gesichtsfeldes etwas beitragen. Der Weg, auf dem dies möglich ist, läßt sich leicht vorstellen; es könnte sich um eine Resonanzwirkung auf die rechte Sehsphäre, zunächst vor allem auf deren spiegelbildlich symmetrische Partien handeln, die durch erhaltene Balkenbahnen leicht vermittelt sein könnte. Die nächstliegende Vermutung ist also die Anwendung des Liepmannschen Mechanismus auf einen neuen Spezialfall. Es ist daran zu erinnern, daß auch die Betrachtung der Skotomsehreste bei Pl. auf die Vermutung geführt hat, daß der Liepmannsche Mechanismus hier eine Rolle spielt; konform den Verhältnissen, die der hier durch-



geführte Vergleich ergeben hat, wurde für Pl. eine Zerstörung des Liepmannschen Mechanismus der betreffenden Hirnpartien bei erhaltener transkortikaler Leitung als die nächstliegende Möglichkeit angenommen.

Diese Annahme läßt sich noch etwas weiter prüfen, wenn man die Zerstörung der Balkenbahnen bei G. S. betrachtet; dann findet sich, daß die Stelle bei Pl., an der der Forzeps minor unterbrochen ist, ebenfalls sehr weit polarwärts von der Durchbruchsstelle bei G. S. liegt. Es ist somit durchaus möglich, sogar sehr wahrscheinlich, daß es andere, mehr polar entspringende Balkenbahnen sind, die bei Pl. zerstört sind, andere, mehr oral entspringende, deren fortlaufende Degeneration die Serienschnitte bei G. S. nachgewiesen haben. Betreffs einer etwaigen Unterbrechung von Bahnen, die über das Tapetum in den Forzeps major treten, ist der makroskopische Befund bei Pl. natürlich unklar; soviel aber läßt sich doch auch aussagen, daß eine solche Unterbrechung, wenn sie bei Pl. vorliegt, andere Balkenbahnen zur Degeneration gebracht haben dürfte, als der Herd von G. S. mit der viel weiter frontal am Ventrikelboden gelegenen Durchbruchsstelle.

Wendet man also vermutungsweise hier den Liepmannschen Mechanismus zur Erklärung an, so zeigt sich, daß ihm in beiden Fällen eine Läsion differenter Balkenbahnen entsprechen dürfte. Diese Bedingung ist notwendig für die Aufstellung der früheren Hilfsannahmen; denn diese lauten ja dahin, daß die Zerstörung des Liepmannschen Mechanismus der polaren Sehrindenpartien bei Pl. den segmental im Skotom zerstörten Formensinn bei herabgesetztem, aber nicht aufgehobenem Lichtsinn erklären soll, während die Zerstörung des Liepmannschen Mechanismus für die mehr oralen, von der Kalkarina basalwärts abliegenden Partien des Lobus lingualis als das morphologische Hauptäquivalent der Wortblindheit mit Farbenagnosie zu betrachten sei.

Diese Annahmen schließen eine Auffassung des Liepmannschen Mechanismus in sich, die ebenfalls formuliert werden muß. Dieser Mechanismus besteht bekanntlich in der Absperrung einer linkshirnigen Rindenpartie von der Peripherie und von der kontralateralen (rechten) Hemisphäre; Liepmann hat ihn von allem bei der optischen Agnosie und bei der Apraxie entdeckt und sichergestellt; Bonvicini hat das Gelten des gleichen Mechanismus für einen Fall von reiner Worttaubheit durch eine überaus sorgfältige



klinische Untersuchung sehr wahrscheinlich gemacht[1]). Diese Ergebnisse heben nur die Wichtigkeit der Absperrung hervor; sie erstrecken sich in ihrer Anwendung auf größere zentrale Bereiche; sie betonen aber bereits die differente Wirksamkeit verschiedener Balkenanteile, bzw. ihrer Zerstörung für die Formierung der verschiedenen klinischen Syndrome. So hat ja Liepmann bekanntlich gezeigt, daß die Zerstörung ventraler Teile des Balkenspleniums bei der optischen Agnosie, die Zerstörung dorsalerer Anteile des hinteren Balkens bei der Apraxie von hauptsächlicher Wichtigkeit ist. Im Anschluß daran haben Bonvicini und Verf. in ihrer ersten Veröffentlichung des Falles G. S. vor allem die geringere Größe der Balkenläsion klinisch-diagnostisch in Anspruch genommen, aus ihrer Topik aber noch keine Rückschlüsse zu ziehen gewagt. Die vorstehenden exakt prüfbaren, durch viele Anhaltspunkte bereits gestützten Annahmen enthalten die Voraussetzung einer allgemeinsten Anwendbarkeit des Liepmannschen Mechanismus und seiner differenzierten Verteilung auf relativ sehr kleine, segmental differenzierte Areale der Großhirnrinde; dieser Mechanismus würde dadurch etwas Allgemeines, für sich allein völlig Bestimmtes, in seiner Art der Umschneidung eines umschriebenen Großhirnrindengebietes nach Exner Vergleichbares bedeuten, aber durchaus von ihr zu unterscheiden sein. Ferner enthalten diese Annahmen eine Voraussetzung über die Art seiner morphologischen Beziehungen zur Leistung, die über die einfache Konstatierung einer Absperrung hinausgeht. Vorausgesetzt wird, daß die Zerstörung des linkshirnigen Liepmannschen Mechanismus beim Rechtshänder einen Vorgang aufhebt, der in der raschen Resonanz der Tätigkeit der rechten Hemisphäre auf die Tätigkeit der linken Hemisphäre besteht; der Vorgang habe einen nächsten Ausgangspunkt im spiegelbildlich symmetrischen Bereich; im klinischen Syndrom entspricht für den Spezialfall der optischen Agnosie und ihrer Unterformen, z. B. der Wortblindheit, dieser aufgehobenen, bzw. verzögerten Resonanz eine Aufhebung, bzw. Verzögerung des Erfassungsaktes, aber für ganz bestimmte optische Qualitäten neben geringfügigen allgemeinen optisch-agnostischen Störungen. Man kann sich diesen Akt vorstellen als eine homophone Deckung von Originalerregungen mit den ekphorierten mnemischen Erregungen, während eine Ekphorie frei flottierender.

[1]) Bonvicini: Über subkortikale sensor. Aphasie. Jahrb. 1905 (Wagner-Festschrift). Vgl. auch Liepmanns Fall von reiner Worttaubheit.



nicht verankerter mnemischer Erregungen erfahrungsgemäß für das psychische Bild dieser Störungen nicht nur möglich, sondern sogar charakteristisch ist. Die Annahme für Pl. setzt eine segmentale Zerstörbarkeit dieses Aktes in einzelnen Teilen des Gesichtsfeldes voraus; dies ist aber keine willkürliche Annahme, sondern nur der klinische Befund, der erklärt werden soll.

Dieser Akt soll bei Pl. im Skotombereich zerstört, bzw. verzögert und durch Interferenzen behindert sein. Im Gegensatz dazu scheint bei Pl. keine Destruktion zu bestehen, die der Rindenumschneidung von Exner äquivalent ist, einem Eingriff, der bekanntlich von der völligen Zerstörung der umschnittenen Rindenpartie gefolgt ist. Nach dem makroskopischen Aussehen des Herdes ist eine solche transkortikale Querleitung hier erhalten; sie wurde schon früher mit der Unterstufe der optischen Leistung im Skotombereich in Verbindung gebracht. Auch diese Annahme enthält ihre Verallgemeinerung bereits in sich; es würde sich um eine zweite Art der Querfunktion handeln, die verspätet, unvollkommen, in irgend einer Unterstufe das leistet, was die rasche Resonanz hier nicht zu leisten vermag. Vergleicht man die beiden angenommenen Querfunktionen und ihre klinischen Parallelen, so liegt der Eindruck nahe, daß beide den gleichen Vorgang repräsentieren, der nur durch ein verschiedenes Zeitmaß sich unterscheidet; die Parallelen der homophonen Deckung gehören zu dem rascheren Zeitmaß, das eine Art von Automatisierung mit sich bringt. Man könnte in diesem Sinne den Liepmannschen Balkenmechanismus einen Gestalt gewordenen Katalysator nennen.

Auch diese Anschauung läßt sich vergleichend auf ihre Berechtigung noch weiter prüfen. Einige Untersuchungen an balkenlosen Gehirnen von Patienten mit Imbezillität und Epilepsie haben gezeigt, daß ein Lesenlernen, Schreibenlernen, eine Praxie sehr wohl möglich ist, ohne daß die Mannigfaltigkeit der spezialisierten Liepmannschen Balkenmechanismen und ihre generelle Zusammenfassung morphologisch ausgebildet ist; die fötale Läsion verhält sich auch hier anders als die Herdzerstörung des reifen Gehirns. Immerhin ist hier überall ein Zurückbleiben und eine Erschwerung da. Die sogenannten balkenlosen Gehirne sind bekanntlich größtenteils Gehirne, bei denen die Balkenfasermasse und ihre Ursprungsstätten in der Rindenarchitektonik weitgehend erhalten sind; durch fötale Entzündungen u. dgl. sind nur die transversalen Richtlinien für ihr



Wachstum zerstört worden; die Balkenfasern wachsen in die sagittale Richtung und bilden nun Anteile, die die fronto-okzipitalen Fasermassen verstärken; es ist wohl kaum anzunehmen, daß diese sagittalen Balkenfasern sozusagen blind endigen; vielleicht gewinnen sie Beziehungen, die denen des fronto-okzipitalen Bündels analog sind; es ist wohl ohne Besprechung klar, daß die Mechanik einer solchen Anomalie, zu der auch die übrigen kommissuralen Verbindungen der Großhirnhälften gehören, zwischen der transkortikalen Leitung, dem Kehrbild der Exnerschen Umschneidungen, und zwischen der Balkenfunktion, dem Kehrbild der zusammengefaßten Liepmannschen Mechanismen, gerade die Mitte hielte.

Andererseits zeigt der zweite Fall Redlich-Bonvicini[1]) einen in diesem Zusammenhang besonders belehrenden Extremfall. Hier war durch Totalzerstörung des Gebietes der linken Art. zerebri posterior die ganze medio-basale Fläche der linken Hemisphäre samt dem ventralen Teil des Balkenspleniums zerstört. Eine komplette Destruktion des Gebietes der rechten Art. zerebri anterior vernichtete auch die vorderen zwei Drittel des Balkens, so daß neben einer maximalen Läsion der linken Sehsphäre eine gänzliche Ausschaltung des Balkens bestand. Hier zeigt sich ein Extremfall des Liepmannschen Mechanismus, die Vernichtung der ganzen Mannigfaltigkeit seiner Teilwirkungen. Klinisch bestand neben einer rechtsseitigen Hemiparese eine Seelenblindheit, bei der bewußte optische Reaktionen absolut nicht nachgewiesen werden konnten; daß ein solcher Nachweis durch die Demenz des Pat. erschwert war, ist allerdings zu berücksichtigen; dagegen reagierte Pat. optisch-aphasisch, aber mit Unterschiedempfindlichkeit auf Hell und Dunkel und es kam zu einem halbseitigen Atzreflex (v. Wagner). Pat. sperrte bei Lichteinfall von links her allein regelmäßig den Mund auf; daneben schien die Antonsche Nichtwahrnehmung der Blindheit bestanden zu haben, soweit eine solche hier von der allgemeinen Demenz isoliert betrachtet werden konnte. Hier interessiert vor allem der Charakter der generellen optischen Restleistung; man sieht, daß sie mit einer generalisierten Restfunktion des Skotomsehens bei Pl. eine unverkennbare Ähnlichkeit hat; daß die kortikale Querfunktion in diesem Fall für das Gesamtareal der rechten Sehsphäre erhalten war, ist offenkundig.

[1]) Neurolog. Zbl. 1911, Nr. 5 u. 6.



Redlich hat für die Mechanik dieses Falles den Namen Anergie der Sehsphäre geprägt. Verfasser sah in ihr den Maximalfall der von ihm beschriebenen optischen Hemmungserscheinungen bei Großhirnläsionen. Diese Auffassung deckt sich mit den hier besprochenen Ergebnissen und Anschauungen[1]).

Daß die beiden Gegenbeispiele, das balkenlose Gehirn mit erhaltenen Leistungen und die Balkenzerstörung mit maximalem Leistungsdefekt, geeignet sind, die im Vorigen gegebenen Annahmen zu stützen, ist einzusehen. Ebenso ist es nicht schwer, die ontogenetischen und phylogenetischen Übergänge zwischen den beiden Extremfällen zu konstruieren. Im Extremfall Redlichs ist ein vorbewußtes Sehen erhalten; daß das vorbewußte Sehen und das indirekte Sehen eine Hauptrolle bei der Reedukation spielt und durch Übung hoch hinaufgezüchtet werden kann, hat Verfasser gezeigt[2]). So lassen sich, wenigstens im Prinzip, die Parallelleistungen der beiden supponierten Querfunktionen erzwungenermaßen durch die von außen zugeführte Katalyse der Engraphierung wieder ineinander verwandeln; freilich gilt bei diesem Beispiel wieder ein chemisches Gleichnis, nach dem nur die reversiblen Reaktionen praktisch die Umkehrung geben, theoretisch aber keine scharfe Grenze zwischen reversiblen und irreversiblen Reaktionen existiert.

Der Vergleich der beiden Fälle G. S. und Pl. hat also sowohl strenge morphologische Divergenzen als auch Parallelen zu den klinischen Divergenzen ergeben; die Anwendung der Syndrome hat auf manche klinische und psychologische Übereinstimmungen geführt, ohne daß eine Vermengung psychologischer und anatomischer Begriffe angewendet werden mußte. Doch ist der morphologische Teil des Vergleiches nicht beendet. Die Betrachtung des zweiten Falles von Wortblindheit und Farbenagnosie wird ihn noch in mancher Richtung ergänzen; hier ist die Herdläsion, wie erwähnt, sehr groß. (Fall D. B.)

Es bestand, wie schon vermerkt worden ist, eine verbale Alexie, die sich langsam bis zu einer Art von Dyslexie besserte, also ein relativ geringer Grad von Wortblindheit; die Farbenagnosie war sehr erheblich; wie in vielen Fällen dieser Art hatte sie die

---

[1]) Die Verf. mittlerweile auch für den Fall der reinen Worttaubheit dartun konnte. (Monatsschrift f. Psych. 1919.)

[2]) Exp. erregte Traumbilder. Zeitschrift für die ges. Neurologie 37, Bd. 3/4, 1917.



Eigenschaft, daß die erfassende Differenzierung der gelben und roten Farbentöne besonders gelitten hatte. Gelb, die periphere Vorfarbe

Fig. 1.

des Rot, drängte sich für die Erfassung überall an die Stelle des Rot vor. Pat., der durch seine Hemichorea-Athetose dauernd unfähig blieb, mit der rechten Hand zu schreiben, schrieb im dritten

Krankheitsjahr mit der linken Hand geläufig; beim Schreibenlernen, das nur von innen heraus erfolgte, störte jede optische Vorlage bis zur völligen Hemmung. Im übrigen bestand ein gewisser Grad von optischer Aphasie; das optische Gedächtnis war weit schlechter als in den sonstigen Fällen dieser Art, die häufig überhaupt keine nachweisbaren Störungen des optischen Gedächtnisses haben. Neben der Störung des optischen Gedächtnisses bestand allerdings auch

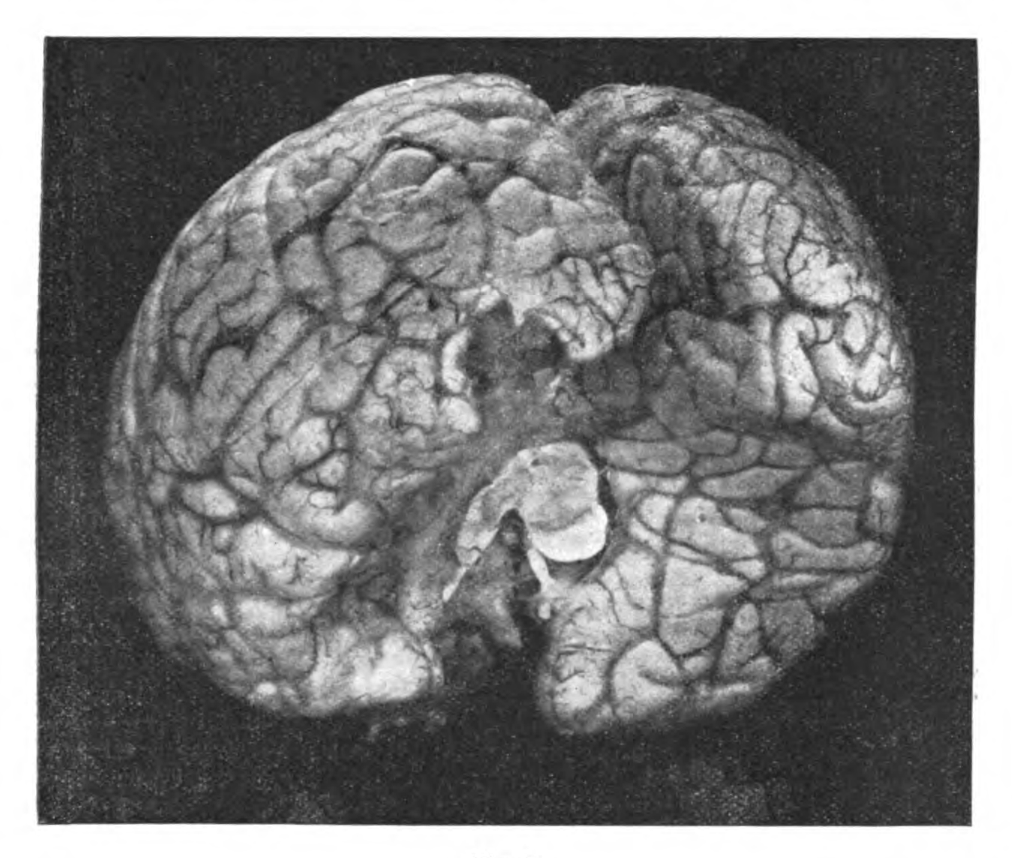


Fig. 2.

eine allgemeine Gedächtnisstörung. Er konnte sich, abweichend vom typischen Verhalten, die Reihenfolge der einzeln exponierten Buchstaben nicht so weit merken, als daß er sie hätte zu einem Wort zusammenfügen können.

Seine rechte Hemianopsie war komplett; die perizentrale Aussparung war auffallend klein; seine Nachbilder waren besonders schwach und träge. Weitere Einzelheiten des klinischen Befundes sind für den hier angestrebten Zusammenhang nicht notwendig.

Die Herdläsion umfaßt das ganze Gebiet der linken Art. zerebri posterior in der hier vorliegenden individuellen Ausdehnung dieses Gefäßbezirkes. Für den Vergleich mit Pl. bietet dieser Herd Folgendes:

(Fig. 1 bis 4.) Am Pol und an der dem Pol benachbarten Konvexität ist der Gyrus deszendens Ecker und die ganze erste Okzipitalwindung samt Mark erhalten. Man erinnert sich, daß gerade

L. R.

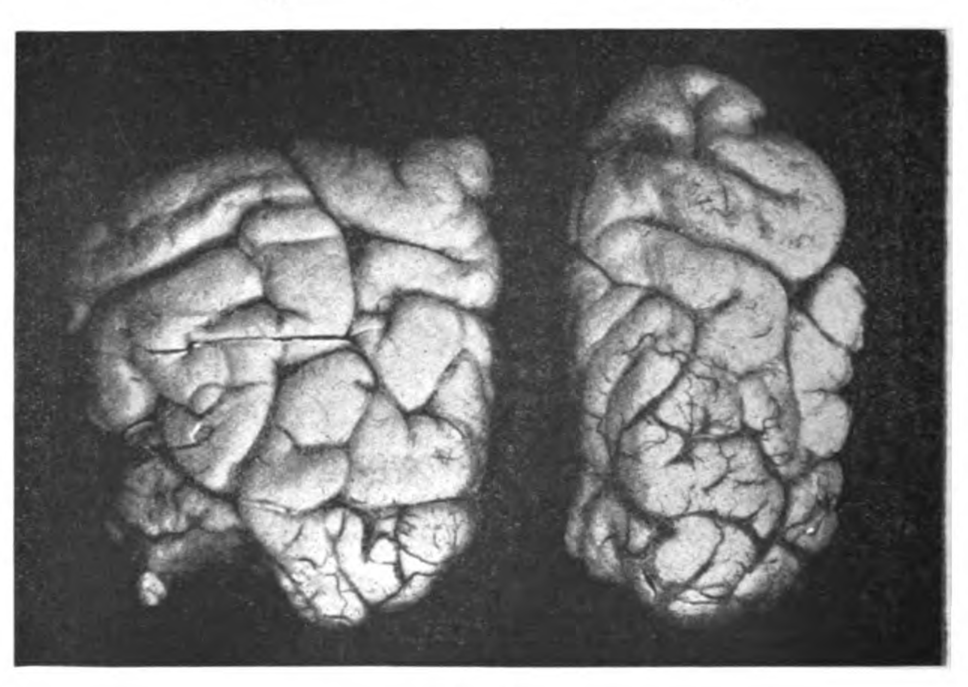


Fig. 3.

diese Partien an der Polmediane bei Pl. bis auf den schmalen saumartigen Teil der Rinde vollkommen zerstört waren.

(Fig. 2 u. 3.) Die Läsion erreicht die Konvexität nur in einem ganz kleinen Areal im Bereich des Gyr. okz. II an der ventrolateralen Kante; hier ist ein kleiner Teil des Gyr. okz. II zerstört; bei Pl. liegt dieses Gebiet schon jenseits der medianen Polzerstörung, auch bei G. S. war dieses Gebiet intakt. Doch wird es wegen der wichtigen, wenn auch (Fall G. S.) nicht ausschließenden Beziehungen der lateralen Konvexität zur Transformation des zeitlichen Nacheinander in eine räumliche Links-Rechts-Entwicklung und damit zum Leseakt für die Alexie nicht mit Sicherheit zu vernachlässigen

sein. Da das Gebiet bei Pl. intakt ist, erklärt sich auch von dieser Seite her das Fehlen von Wortblindheit bei Pl. und damit fallen weitere Erörterungen fort.

(Fig. 4.) Das Relief der Windungen an der Mediane zeigt, daß bei D. B. vom ganzen Kuneus fast genau die Partien erhalten sind, die bei Pl. in der Abszeßhöhle aufgegangen sind; vollkommen zerstört sind bei D. B. die frontalen zwei Drittel des Kuneus, vor allem die Spitze, die den eigentlichen Zwickel bildet.

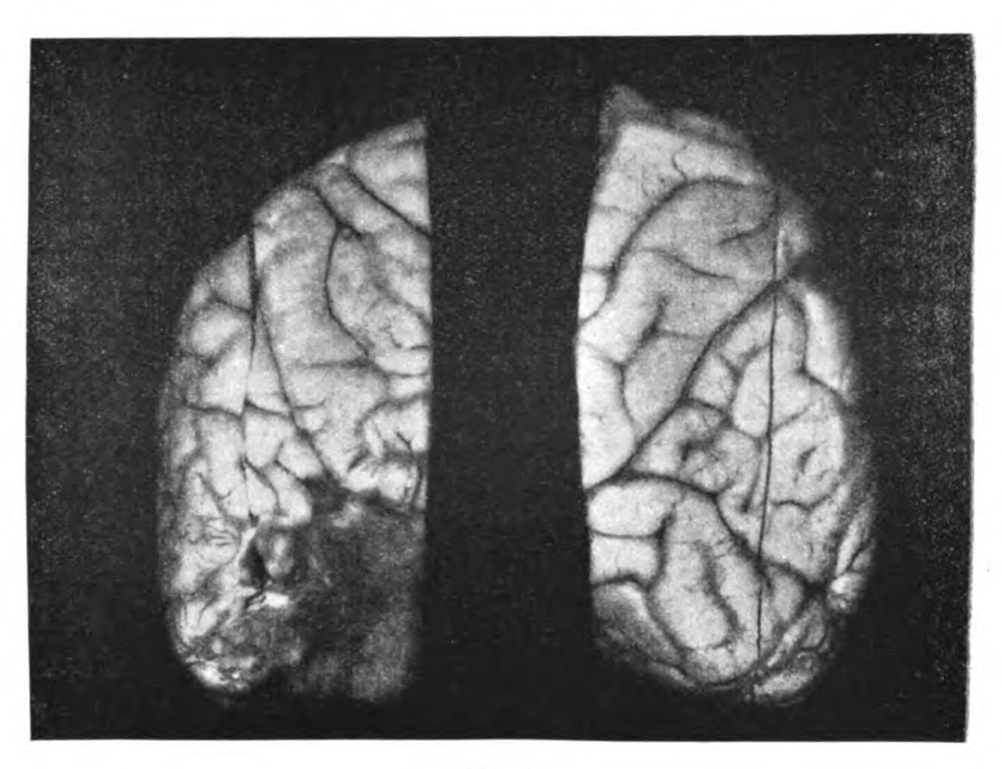


Fig. 4.

(Fig. 5 bis 8.) Gyrus lingualis und Gyrus fusiformis sind bei D. B. in ihrer ganzen Ausdehnung zerstört, weit bis zum Uncus hin. Der Uncus selbst ist erhalten. Die Destruktion erstreckt sich auf die ganze mediane Wand des Hinterhorns, die in einen häutigen Sack ohne jeden Rest von nervösem Parenchym umgewandelt ist; sie dehnt sich basalwärts auf den ganzen medianen Übergangsteil von Hinterhauptslappen, Scheitellappen, Schläfelappen aus, durchbricht die ventralen Balkenanteile vollkommen und endet weit frontalwärts in der dritten Temporalwindung.

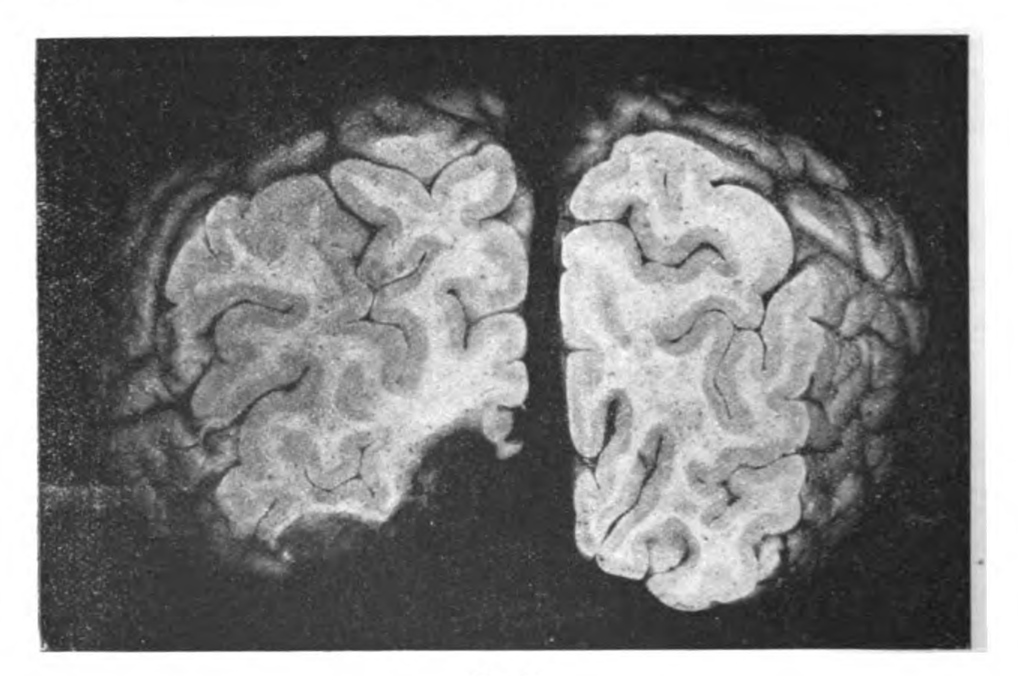


Fig. 5.

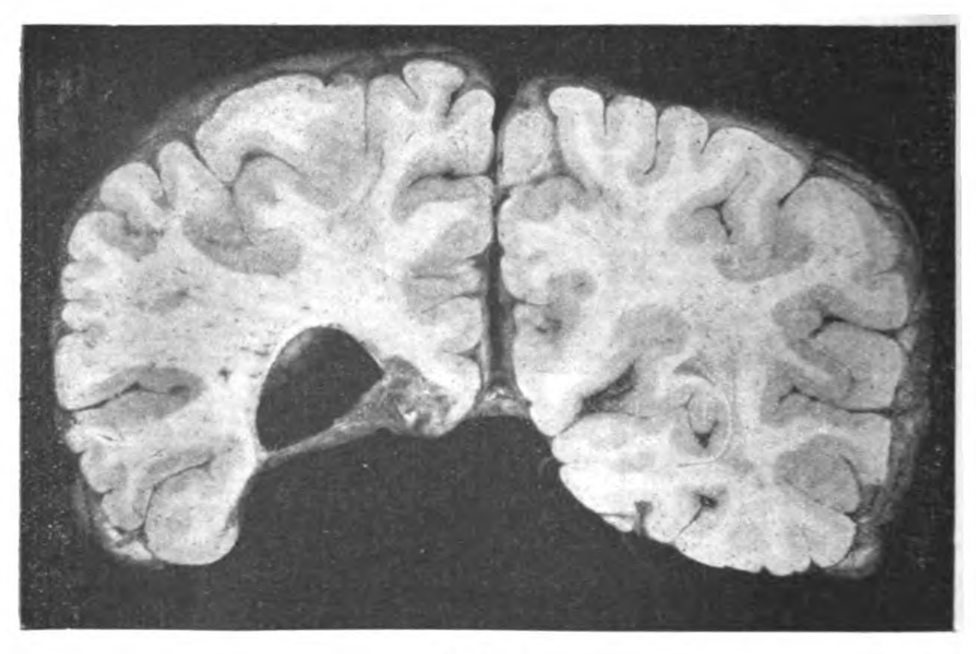


Fig. 6.

(Fig. 4, links.) Nur das Anfangsstück der lingualen Lippe der Retrocalcarina ist erhalten; besonders beachtenswert ist, daß der bei Pl. schön erhaltene Windungszug an der gemeinsamen Branche

der Fiss. calcarina und Fiss. parieto-occipitalis hier durchaus zerstört ist.

Es sind also auch hier, beim großen Herd, gerade solche Teile des Gyrus lingualis erhalten, die bei Pl. zerstört sind. Es besteht im Wesen ganz das gleiche nachbarliche Exklusionsverhältnis wie zwischen den Herden von G. S. und Pl.

Auf die Frage, warum dieser große Herd trotz der Zerstörung des ganzen ventralen Anteils des Balkenspleniums nicht Lissauersche Seelenblindheit bewirkt, sondern Wortblindheit mit Farbenagnosie,



Fig. 7.

soll in diesem Zusammenhang nicht erschöpfend eingegangen werden, ebensowenig auf die Frage, wie sich die Hemichorea-Athetose durch das weiter frontal liegende Gebiet erklärt, in das sich der Herd erstreckt. Hier kommt es nur wieder darauf an, daß auch dieser große Herd, der scheinbar die ganze Sehsphäre, Kuneus wie Lobus lingualis, zerstört, doch den größten Teil gerade jener Partien der Sehrinde samt einigen zugehörigen Markanteilen intakt gelassen hat, die bei Pl. destruiert sind und vice versa. Das Exklusionsverhältnis besteht auch hier morphologisch, wie in den klinischen Symptomen, bei eng aneinander grenzenden Herden, deren einer

die engere, deren anderer vorwiegend die weitere Sehsphäre betroffen hat.

Alles, was der frühere Vergleich ergeben hat, kann also für diesen zweiten Vergleich seine Gültigkeit behalten. Als einer der Unterschiede gegen G. S. fällt auf, daß die erhaltene polare Sehsphärenpartie bei D. B. ungleich kleiner ist; im Sinne der früheren Ausführungen könnte dies mit einer geringeren Größe der makulären Aussparung in Verbindung gebracht werden; tatsächlich ist das überschüssige Gesichtsfeld gerade bei D. B. so auffallend klein; zu be-

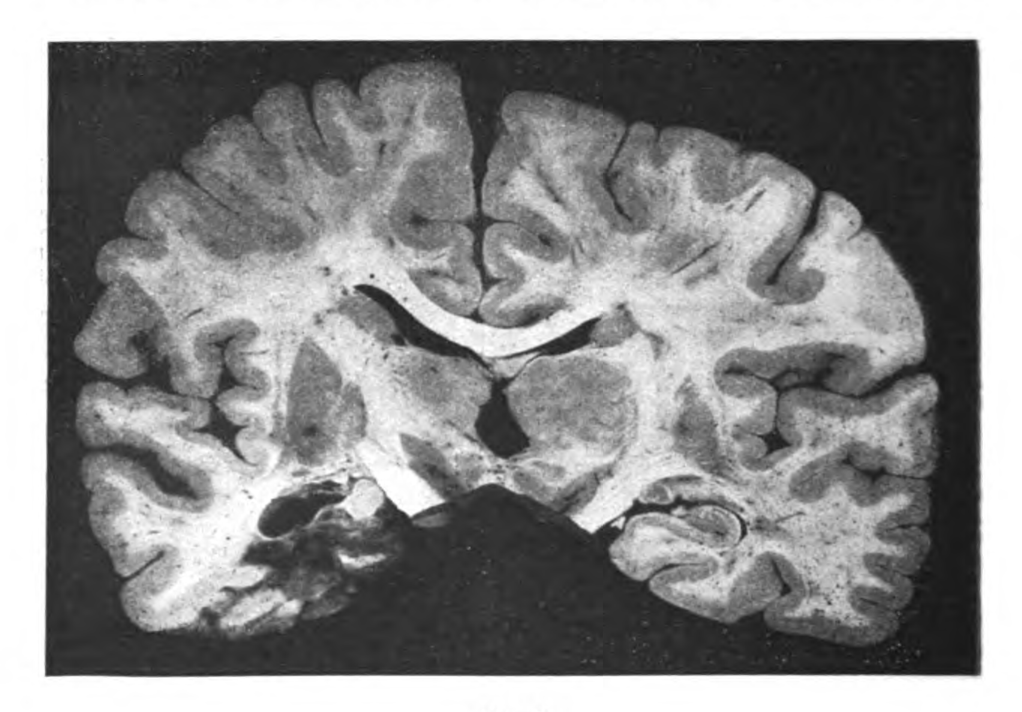


Fig. 8.

achten ist in bezug darauf noch, daß hier unverhältnismäßig mehr Sehrinde auch in den frontalen Bereichen zerstört ist als bei G. S.; die rechtsseitige Hemianopsie ist gewissermaßen überbestimmt durch Rindenzerstörung und durch Unterbrechung der Traktusfortsetzung. Es sind ja hier z. B. auch fast alle unmittelbar an der Kalkarina liegenden Teile des Gyrus lingualis zerstört.

Ersichtlich ist, daß es ein verhältnismäßig großes Gebiet gibt, in dem die beiden Herde bei G. S. und D. B. sich völlig decken, so daß der kleine Herd von G. S. ganz innerhalb des großen Herdes von D. B. liegt, wie ein konzentrisch eingeschränktes Gesichtsfeld

sich in das Schema eines Gesichtsfeldes mit weiten Grenzen einzeichnen läßt und dabei Einzelheiten der Umrisse des weiten Gesichtsfeldes wiederholt, wie etwa z. B. die nasale Einschränkung. Daß dieser konzentrisch eingeschränkte Bezirk der Deckung mit dem identischen Syndrom Wortblindheit und Farbenagnosie in die engste Beziehung gebracht werden kann, ist evident, entspricht überdies bereits Bekanntem und der Darstellung des vorigen Falles; der Liepmannsche Mechanismus ist im Fall D. B. durch den ausgiebigen Balkendurchbruch schon makroskopisch offenbar. Die Frage ist nur, warum der größere Herd keine höheren Stufen der beiden agnostischen Störungen bewirkt hat als der kleine.

Dazu sei nur Weniges bemerkt. Es fand sich klinisch anatomisch und in der Beobachtung kein Anhaltspunkt dafür, daß D. B. etwa ein verkappter Linkshänder oder ein Ambidexter gewesen wäre. Es ist allerdings die Frage, ob es nicht eine vorbewußte Ambidextrie gibt, die sich der gewöhnlichen Beobachtung entzieht. Eine solche könnte immerhin in der Skala zum Ausdruck kommen, nach der die Fähigkeit des Vikarierens der rechten Hemisphäre abgestuft sein mag. D. B., ungleich jünger als G. S., mit einer geringeren allgemeinen Arteriosklerose des Gehirns behaftet, war zu einem besseren Vikarieren sicher eher disponiert als G. S., bei dem zum Unterschied von D. B. die Autopsie überdies eine allgemeine Hirnatrophie ergeben hatte.

Dazu kommen individuelle Momente; D. B. war ein intelligenter Beamter, G. S. ein im Lesen wenig geübter Faßbinder. Man sieht, wie hier allgemeine Störungen und funktionelle Momente hineinspielen, jene Faktoren, deren Einfluß auf die Seelenblindheit die Schule v. Monakows so besonders hervorhebt. Man sieht aber auch, wie wenig das für die Zentrierung des Herdes ändert, so daß die beiden Herde miteinander im selben Orientierungsverhältnis stehen, wie ein größeres und kleineres Gesichtsfeld, das man auf das gleiche Schema um den gleichen Fixierpunkt herum gezeichnet hat; sie sind etwa den Uferkonturen einer Meeresbucht bei Ebbe und Flut vergleichbar.

Wichtig für den hier verfolgten Zusammenhang ist es, daß der Herd von Pl. ganz oder zum allergrößten Teil außerhalb dieser beiden konzentrischen Herde liegt. Von den Projektionsgebieten der engeren Sehsphäre ist es also das Gebiet der Projektion für das parazentrale Sehen, das vom typischen Herdbereich der Wortblindheit-Farbenagnosie relativ am reinlichsten getrennt ist und relativ



am weitesten ab liegt. Das Projektionsgebiet des peripshereren Sehens grenzt viel näher an den Herdbereich dieses agnostischen Symptomenkomplexes an; es kann, wie der Fall D. B. zeigt, in ihm aufgehen. Die konstante Relation der Wortblindheit-Farbenagnosie zur Destruktion des Gyrus lingualis bei wechselnder Beteiligung des Kuneus lehrt ferner, daß es das Projektionsgebiet des (rechten) oberen Gesichtsfeldquadranten ist, das dem Herdbereich der Wortblindheit näher liegt und weniger streng von ihm geschieden ist. Übereinstimmend damit zeigt die Durchsicht der Literatur, daß in jenen besonders seltenen Fällen von Wortblindheit-Farbenagnosie, in denen keine volle rechtsseitige Hemianopsie besteht, vereinzelt eine Blindheit des rechten oberen Quadranten gefunden worden ist, nicht aber Blindheit im rechten unteren Quadranten. In dieser Beziehung scheint eine auf den ersten Blick seltsame Inversion zu liegen. Beides, das Lesen wie das Erfassen der richtigen Farbentonqualität, ist eine Tätigkeit, die vom Sehen der zentralen Gesichtsfeldpartien aus vor sich geht; ihre Störung erscheint wie eine herausgefaßte Teilagnosie für Qualitäten des zentralen Sehens. Beides, insbesondere das Lesen, wird vorwiegend als Dauerbeschäftigung in einer Konvergenzstellung, also bei steter Inanspruchnahme der beiden unteren inneren Gesichtsfeldquadranten, geübt und die Blickfolge beim Lesen entwickelt sich nach rechts und nach unten. Es würde die Annahme naheliegen, daß sich die Prädilektionsgebiete für diese Tätigkeiten innerhalb der weiteren Sehsphäre etwa zunächst um die Projektionsgebiete des zentralen Sehens und des unteren Quadranten sich gruppiert hätten; das Gegenteil ist der Fall.

Es wird sich empfehlen, diese vermutete Inversion noch mehr auf ihre Gültigkeit zu prüfen. Dazu verhilft ein Fall aus der Literatur, dessen sehr sorgfältige Untersuchung Schuster[1]) zu verdanken ist. (Schusters erster Fall K.; Wortblindheit-Farbenagnosie; reines Bild ohne Schreibstörung.) Dieser Fall ist ein weiterer jener seltenen Fälle, in denen keine volle rechtsseitige Hemianopsie das Syndrom der Wortblindheit-Farbenagnosie begleitet. Hier handelt es sich um den Minimalfall einer begrenzten Störung im Gesichtsfeld: es besteht eine nicht hochgradige, aber sehr deutliche Einschränkung der peripheren Gesichtsfeldgrenzen nach oben, die überwiegend den rechten oberen Quadranten betrifft. Daß auch der linke obere

[1]) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1909.

Gesichtsfeldquadrant peripher etwas eingeschränkt ist, bietet für die Betrachtung nach Ansicht des Verfassers keine besondere Schwierigkeit; es ließe sich ohne Hineinziehung morphogener Verhältnisse rein dynamisch durch Induktion erklären.

Der Fall ist ohne Obduktion geblieben. Trotzdem gestattet der früher durchgeführte Vergleich der drei Herdfälle sehr weitgehende Vermutungen über den Sitz diese Läsion. Es muß jedenfalls die am stärksten ausgeprägte konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung im rechten oberen Quadranten auf eine Läsion des Projektionsgebietes bezogen werden. Der Ort dieser Läsion ist durch den Befund bei Pl. bestimmt; es handelt sich um den frontaleren Bezirk der lingualen Lippe der Kalkarina, denselben, der bei Pl. erhalten, bei G. S. mit Wortblindheit ein wenig lädiert, bei D. B. mit Wortblindheit total zerstört ist; damit ist es wohl höchst wahrscheinlich, daß die Wortblindheit-Farbenagnosie im Falle Schusters wieder auf das Nachbargebiet der Projektionsstätte des peripheren Sehens, auf den Gyrus lingualis im frontalen Sulkusgebiet, zu beziehen ist; als befriedigende Auflösung des Schusterschen Falles erscheint also ein Herd, der genau in die Deckungsstelle der beiden Herde von G. S. und D. B. fällt und dessen Unterschied gegen den kleineren der beiden Herde (G. S.) begründen muß, daß die Traktusfortsetzung hier nicht durchbrochen ist. Dieser Unterschied läßt sich sofort aus den Serienschnitten von G. S. ablesen; er erklärt sich sofort, wenn der Herd in der lingualen Lippe der Kalkarina bei gleicher Ausdehnung in die Fläche etwas weniger weit in die Tiefe reicht, so daß der Forzeps minor und allenfalls das Tapetum, also die gleichen Balkenbahnen wie bei G. S. durchbrochen sind, während die beiden Strata sagittalia nicht oder nur wenig ausgiebig geschädigt sind. Damit ist der mutmaßliche Befund des Falles von Schuster ein weiterer Anhaltspunkt für die früher gemachte Annahme, daß es ein Nachbarbezirk der Projektionsstätte für das periphere Sehen ist, mit dessen Zerstörung die beeinträchtigte erfassende Verarbeitung der Elemente des zentralen Sehens gesetzmäßig verbunden ist.

Die Inversion, die in diesen Verhältnissen zu liegen scheint, könnte auf einem Zufall beruhen. Es wird, um dies zu prüfen, gut sein, wenn man prüft, ob eine räumliche Relation eines andern im Sinne anderer gnostischer Leistungen differenzierten Teilgebietes der weiteren Sehsphäre zum Projektionsgebiet vorhanden zu sein scheint. Als ein zweites Beispiel bietet sich die geometrisch-optische Agnosie



dar, die typisch mit Orientierungsstörungen im Raume und nicht so selten mit Erscheinungen von Metamorphopsie und optischen Verlagerungen verbunden ist; etwa dieselbe Rolle, die die Schreibstörung bei der Wortblindheit spielt, spielt hier die Störung des Zeichnens; nur sind die Verhältnisse zwischen gnostischer und graphischer Störung hier leichtverständlicherweise nicht so differenziert wie in dem Verhältnis zwischen Wortblindheit und Agraphie. Die Erscheinungen von Wortblindheit fehlen in den reinen Fällen dieser Art ganz; bei Fällen mit eklatanten Störungen des Zeichnens überrascht oft die gute Schreibfähigkeit. Segmentale Gesichtsfelddefekte sind inkonstant; sie fehlen zuweilen vollkommen; bei Herden durch Schußverletzung findet sich statt ihrer zuweilen apperzeptive Blicklähmung, die Bàlintsche Zerstückung des Überblickes und eine allgemeine konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung; nicht so selten finden sich auch linksseitige Hemianopsien beim Rechtshänder. Der letztere Fall ist übrigens hier aus der Besprechung auszuschalten, da exquisit bilaterale Läsionen aus der Betrachtung ausgeschaltet bleiben sollen.

Die Erfassung der Farbentonqualität verhält sich in diesen Fällen eigentümlich. In sehr zahlreichen Beispielen fehlt überhaupt jede Farbensinnstörung, auch jede Störung der Farbenbenennung, ganz im Gegensatz zu dem Verhalten bei reiner Wortblindheit; in andern Fällen, z. B. nicht selten bei Schußverletzungen, findet sich eine Farbensinnstörung von der Form, die Poppelreuter beschrieben und mit Recht als eine apperzeptive Störung aufgefaßt hat; diese Störung betrifft nicht wie bei der Wortblindheit vorwiegend das Erfassen der gelben und roten Farbentöne, sondern vor allem das Blau. Die blaue Farbe erscheint in extremen Fällen dunkel, wie im Fall der Farbenagnosie bei Wortblindheit ein gesättigtes Rot als hell Silbergrau erscheinen kann. Dazu kommt bei jener zweiten, die blauen Töne betreffenden Farbensinnsstörung eine Schwierigkeit, blaue und grüne Töne zu unterscheiden, die über physiologische Verhältnisse hinausgeht und als eine Verschlechterung des Farbensehens seit der Erkrankung empfunden wird. Auch in bezug auf die Farbensinnstörung sind also diese beiden Syndrome antagonistisch; dieser Antagonismus ist von einer eigenen Art, die sich sofort erklärt, wenn man die psychologische Richtigkeit der Goetheschen Farbenlehre nach Gebühr anerkennt. Bei dem Typus der Farbenagnosie bei Wortblindheit ist die Erfassung der Farbenqualitäten vorwiegend



gestört, deren Entwicklung von der Goetheschen Plusseite, von der Seite des Lichtes her, geschieht; im zweiten Typus der Farbenagnosie bei geometrisch-optischer Agnosie usw. sind es die von der Minusseite, dem Dunkelsehen her, entwickelten Farbentöne, die vor allem in der Erfassung beeinträchtigt sind. Der Antagonismus dieser beiden Arten von Farbenagnosie erklärt sich, wofür der volle Beleg hier nicht ausgeführt werden kann, aus der phylogenetischen Quelle der psychisch gegebenen Farbentonqualitäten; er läßt sich, wie man sieht, in letzter Linie auf die beiden Heringschen antagonistischen Valenzen des Helligkeitssehens und des Dunkelsehens zurückführen.

So ziemlich alle Erfahrungen über die Wirkung von Polverletzungen und Polschüssen stimmen dahin überein, daß die reparable initiale Blindheit ihr Maximum bei einer bilateralen Verletzung der Polgegend oder bei einer ausgiebigen Kommotion dieser Gegend erreicht. Diese Tatsache stützt die Anschauung Wilbrands, daß der Hinterhauptspol besondere zentrale Beziehungen zum Lichtsinn hat. Wenn das aber der Fall ist, dann läßt sich zunächst für die topische zerebrale Lokalisation der Farbenagnosie vom Typus des Syndroms mit Wortblindheit aussagen, daß sie vom zerebralen Bezirk mit Beziehungen zum Lichtsinn möglichst ferne gerückt ist, dem zentralen Bezirk der Projektionsstätten für das periphere Sehen aber möglichst nahe liegt.

Es wird nun zu untersuchen sein, ob auch die zweite Hälfte dieser topischen Relation statthat. Der hier kurz skizzierte, in den wesentlichen Zügen übrigens bekannte Symptomenkomplex ist an einer früheren Stelle bereits besprochen worden, mit dem Vermerk, daß die Hirnregionen, die zu ihm im engen Verhältnis stehen, der dorsalen Mediane der Konvexität des Hinterlappens bis in die gleiche Region des oberen Scheitellappens angehören. Von den Projektionsstätten sind ihnen also die Vertretungsbezirke der unteren kontralateralen Gesichtsfeldquadranten und der bilateral versorgte Bezirk des zentralen Sehens am nächsten gerückt; am weitesten ab liegt der Bezirk der Projektion der oberen Gesichtsfeldquadranten und des peripheren Sehens; es ist wieder das Merkwürdige zu finden, daß jene Gesichtsfeldpartien, auf die der blaue Himmel und die graublau dämmernde Ferne am meisten und dauerndsten wirkt, ihre Projektionsstätten am weitesten entfernt vom kritischen Bezirk der psychischen Blaublindheit haben. Immerhin sind aber die kunealen Projektionsstätten ziemlich weit entfernt von diesen Hirnregionen

und es scheint hier eine Lücke zu klaffen. Aber die Lücke schließt sich durch die Erfahrung, daß gerade die kunealen Schußverletzungen nie Wortblindheit und psychische Rotblindheit aufweisen, sondern sogar eine besondere Prädilektion für das Erfassen von Rot zeigen. Dagegen findet sich bei ihnen typisch die Blaublindheit in vielen Fällen; so war es z. B. in dem von einem von uns (P.) untersuchten Fall mit Totalzerstörung des direkten Sehens (Obszut)[1]; dazu kam die allgemeine Herabsetzung des Lichtsinns. Bei Pl. ist die Untersuchung des Farbenerkennens vieldeutig; dafür finden sich aber segmentale Störungen des Formensinns; bei dem früher mit Pl. verglichenen Oblt. K. findet sich Metamorphopsie als Randerscheinung eines kleinen Skotoms im unteren Quadranten; es ist augenscheinlich, daß diese Fälle mit Läsion polarer Partien des Kuneus den fließenden Übergang zu segmental begrenzten Störungen bilden, die dieselben optischen Qualitäten vorwiegend betreffen, wie die skizzierten allgemein agnostischen Störungen. Damit sind die Beziehungen dieses zweiten agnostischen Syndroms zu der Projektion der unteren Gesichtsfeldquadranten in analoger Weise festgelegt, wie die Beziehungen der Wortblindheit zu den oberen Quadranten; ebenso verhalten sich die Beziehungen zum zentralen, bzw. peripheren Sehen. Hier ist der zweite Fall der gleichen Inversion. Damit wird es höchst unwahrscheinlich, daß diese zweifache Inversion nicht die gestaltliche Darstellung einer Gesetzmäßigkeit bedeuten soll.

Es ist noch die Frage, ob das volle Syndrom der geometrisch-optischen Agnosie gleichermaßen auf eine der beiden Heringschen antagonistischen Valenzen des Lichtsinns zurückgeführt werden kann, wie sich dies für die Farbenagnosie vom Typus der Blaublindheit ergeben hat. Die eingehende Untersuchung der Metamorphopsie im Falle Oblt. Kr. hat jene bereits erwähnte kontinuierliche Umwandlungsreihe von virtuellen Blickbewegungen, Bewegungssehen, Vorstufen der Gestaltsqualität ergeben. Das primitive Element dieser Kette von scheinbar differenten psychischen Qualitäten schien also das Bewegungssehen zu sein; es findet sich in der erschlossenen Grundqualität wieder ein Anhaltspunkt für das Bestehen der gleichen Inversion in bezug auf die Vertretung der Projektionsstätten und ihrer Nachbarschaft zur topischen Vertretung der Gnosis; die klassischen Exnerschen Untersuchungen zeigen das Bewegungs-

[1]) Erwähnt z. B. in Vf. Exp. erregte Traumbilder, l. c.

sehen und die Unterschiedsempfindlichkeit als die dominierenden Qualitäten des peripheren Sehens; seine Projektion ist den Bezirken der Störungen des Formensinns wieder möglichst fern gerückt.

Es wäre nicht schwer, den für die Wahrnehmung gegebenen dunklen schattenhaften Charakter des Bewegungssehens zu Hilfe zu nehmen und auf Beziehungen zwischen diesen optischen Unterstufen und der Heringschen Dunkelempfindung hinzuzielen. Hier genügt aber, daß die Betrachtung jedes einzelnen Zuges der verglichenen Störungen auf die gleiche Inversion in der Topik der zentralen Vertretungsstätten hinweist.

Wenn diese also gesetzmäßig zu sein scheint, so fragt sich, was sie zu bedeuten hat; ihre Ähnlichkeit mit Nachbildmechanismen und mit dem Verhältnis von Hemmung der Antagonisten, Erregung der Agonisten im Zusammenspiel motorischer Zentren fällt auf. Die einfache Anschauung liegt nahe, daß zur Eigenleistung in den Gebieten der Projektionsstätten, überhaupt der differenzierten Großhirnrindensegmente ein Hauptfaktor gehört, der nach Art der Vorgänge bei der homophonen Deckung rasch und gründlich abreagiert wird und keine oder nur wenig fortwirkende Residuen hinterläßt, dann aber ein Nebenfaktor, der langsam anschwellend wirkt und mit seiner residuären Wirkung die Nachbarpartien gewissermaßen aufladet, indem gerade das nicht Abreagierte morphogen wirkt. Daß in fortgesetzter Anwendung dieses Prinzips eine Kettenwirkung aufeinander abgestimmter Gestaltungen entsteht, die der morphologische Ausdruck von homophonen raumzeitlichen Deckungsvorgängen ist, wird anschaulich.

Es ergibt sich, daß diese Anschauung die morphologische Parallele zu jenem Vorgang in sich enthält, die Verf. beim Studium tachistoskopisch erregter Traumbilder festgestellt hat: das in der Erfassung Abreagierte des tachistoskopisch gegebenen Komplexes war der Fortwirkung beraubt; das vorbewußt Gesehene entwickelte sich nachträglich quantenweise getreu in den Traumvisionen. Setzt man an die Stelle der trägen, aber immerhin noch dem psychischen Zustandsraum angehörenden, Traumbilder gestaltenden Wirkung eine noch trägere, noch stetiger fortwirkende, im Zustandsraum der Ontogenese dem bewußten Erleben vielleicht überhaupt entrückte Tätigkeit, die nur morphogen, als Wachstumreiz, wirkt, so findet sich der Übergang vom psychologischen Experiment zu der hier gegebenen morphologischen Anschauung.



Die beiden hier betrachteten agnostischen Syndromgruppen wurden als Extremfälle reiner agnostischer Gruppierungen betrachtet, und von den elementaren Qualitäten des Helligkeitssehens und Dunkelsehens, des zentralen und peripheren Sehens hergeleitet. Mit Berücksichtigung der im Vorigen betrachteten Inversion läßt sich ihre Darstellung in der topischen Gliederung der weiteren Sehsphäre als ebenso gesetzmäßig betrachten wie die topische Gliederung der engeren Sehsphäre. Diese Theorie ist seinerzeit vom Verf. in einer von dem hier Ausgeführten wenig verschiedenen Form ausgesprochen worden, gelegentlich der Bearbeitung eines Falles von Seelenblindheit mit erhaltenem Farbensehen[1]). Die anatomische Untersuchung des Falles, einer Pickschen lokalisierten Rindenatrophie vorzüglich der medianen Konvexität der Hinterlappen konnte für sie naturgemäß keine Sicherheit bringen.

Ihre ursprüngliche Fassung vermutete Beziehungen der agnostischen Prozesse zu den beiden Systemen der v. Kriesschen Duplizitätstheorie. Diese elektiven Beziehungen werden auch jetzt vermutet; nur erscheint der v. Kriessche Stäbchenapparat und der Zapfenapparat ebenfalls wie die Abbildung einer analytischen Funktion auf einer Zahlenebene; die topischen Beziehungen in der Sehsphäre erscheinen nicht als Ursache oder Wirkung, sondern einer Abbildung der gleichen analytischen Funktion auf eine andere Zahlenebene vergleichbar.

Für die Art dieser Abbildung ist die Inversion wichtig, sowie die topisch reine Gliederung in der engeren wie in der weiteren Sehsphäre. Trotz der Aufrechterhaltung streng räumlich geschiedener Beziehungen scheint sich doch das allgemeine Geschehen in beiden Arten von Herdläsionen auf einen gemeinsamen Grundtypus zu reduzieren. Nicht nur klinisch[2]), sondern auch morphologisch kann man die Übergänge finden, die das Wesen der agnostischen Störungen und das Wesen der Störungen durch Herde in der engeren Sehsphäre einander näher bringen. Dies erscheint dem Verf. nicht unwichtig, da auf diese Weise gewisse einfache Mechanismen, die für die agnostischen Prozesse gelten, auch in der Anwendung auf die segmental geordneten Teilzentren der engeren Sehsphäre ihre Gültig-

[1]) Wr. klin. Wochenschrift **24**, 1911, S. 518 ff.

[2]) Vgl. die Darstellung der sog. Rindenblindheit in A. Fuchs, C. v. Economo und O. Pötzl, Zur Nachbehandlung der Kopfschüsse. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie. 1918.

keit zu behalten scheinen. Der Liepmannsche Herdmechanismus wird damit zur Spur eines allgemeinen Gesetzes, das die symmetrischen Teilzentren in jeder Hemisphäre nach dem Schema miteinander verkuppelt zeigt, das v. Uexküll für das Zusammenarbeiten zweier bilateraler Zentren schon bei den Wirbellosen aufgestellt hat. v. Uexküll[1]) spricht von der einfachsten Form eines Schemas, das aus zwei Erregungskernen und ihrer leitenden Verbindung besteht; dieses Schema bezeichnet er als die erste Voraussetzung einer räumlichen Verankerung der Eindrücke von der Umwelt, als den „ersten Ansatz zur Gegenwelt". Das gleiche Schema hat auch noch die zerebrale Apparatur, die bei der Erfassung und räumlichen Verankerung der optischen Eindrücke des Menschen eine Hauptrolle spielt.

---

[1]) Umwelt und Innenwelt der Tiere. Berlin. Springer, 1909, S. 197.

Aus einem k. u. k. Feldspital
(Kommandant: k. u. k. Stabsarzt Dr. R. v. Wimmer).

Über Psychosen und Neurosen im Kriege. (V.)

Von

k. k. Regimentsarzt i. E. **Dr. Georg Stiefler,**
ehem. Assistent der Klinik C. Mayer-Innsbruck.

Psychogene Neurosen.

Wohl keinem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie hat sich im Kriege das Interesse fachlicher und weiterer ärztlicher Kreise in wissenschaftlicher wie soziologischer Hinsicht in so hohem Maße zugewendet, wie den psychogenen Neurosen („Kriegshysterie", „Kriegsneurosen"); dies geht am deutlichsten hervor aus der heute kaum mehr übersehbaren Flut von Veröffentlichungen und der ungemein regen Anteilnahme an diesem Gegenstande von Seiten zahlreicher wissenschaftlicher Körperschaften. Ich verweise in dieser Hinsicht namentlich auf die Sitzungsberichte der Fachvereine in Wien (Redlich, v. Wagner, Marburg, Raimann, Stransky u. a.), in Berlin (Oppenheim, Bonhöffer, Lewandowsky, Liepmann, Schuster u. a.) und in Hamburg (Nonne, Sänger, Weygandt u. a.). Die vorjährige gemeinsame Tagung des Vereines deutscher Nervenärzte und des deutschen Vereines für Psychiatrie in München ergab eine eingehende Aussprache über die Neurosen nach Kriegsverletzungen, beziehungsweise nach Kriegsschädigungen", die in den grundlegenden Referaten von Oppenheim, Nonne, Gaupp, den führenden Autoren in dieser Frage, eine ihrer wissenschaftlichen und sozialen Bedeutung gerecht werdende Darstellung fanden. Der Widerstreit der Meinungen über einzelne Fragen, der beinahe seit Kriegsbeginn mit großer Lebendigkeit, ja manchmal leidenschaftlich geführt wurde, lebte neu auf, die trennende Kluft zwischen den Anschauungen Oppenheims und denen Nonne-Gaupps blieb aber freilich im wesentlichen



nach wie vor bestehen und nur halbwegs gangbare Brücken einer Verständigung wurden nicht geschlagen. Die ungemein reichhaltige Aussprache bewies uns von neuem, daß die weitaus überwiegende Mehrzahl der Neurologen und Psychiater auf Seiten Nonne-Gaupps zu finden war. Es würde den Rahmen meiner Ausführungen weit überschreiten, wollte ich einleitend die bisher erschienene Kriegsliteratur einer eingehenden Besprechung unterziehen, ich beschränke mich vielmehr darauf, dieselbe, soweit sie mir zur wissenschaftlichen Verarbeitung meiner Fälle zur Verfügung stand, am Schlusse der Arbeit im Literaturverzeichnis umfassend zu berücksichtigen, sowie bei Besprechung einzelner uns interessierender Sonderfragen darauf zurückzukommen; ich verweise hier wiederum auf die ganz ausgezeichneten Referate Birnbaums, die einen ausführlichen und vollzähligen Bericht bei objektiver, streng sachlicher Kritik der bisher erschienenen Arbeiten und Kennzeichnung des eigenen Standpunktes dieses Autors geben. Die Mitteilung unserer eigenen Beobachtungen, deren Anzahl allerdings im Vergleiche zu dem umfangreichen Materiale anderer nur eine bescheidene ist, bezweckt in erster Linie, einen kasuistischen Beitrag zum Studium der Neurosen im Kriege zu bringen, der aber mit Rücksicht darauf, daß sämtliche unserer Fälle unmittelbar im Felde, ihrem Entstehungsorte, beobachtet worden sind, zur persönlichen Beurteilung und auch zur Klärung mancher noch umstrittenen Frage besonders geeignet sein dürfte. Wegen der relativ kleinen Anzahl der in Przemyśl gesehenen Neurosen hielt ich es für angezeigt, die im späteren Verlauf des Krieges beobachteten einschlägigen Fälle ebenfalls hier zu verwerten, um einige allgemeine Fragen auf einer breiteren Basis eigener Kriegserfahrungen erörtern zu können; letztere Fälle schließen sich auch insoferne den Przemyśler Beobachtungen gut an, als sie fast sämtliche den Kampftruppen entstammten und in einem Feldspitale des vorderen Etappenraumes, wohin sie meistens bereits ein bis zwei Tage nach ihrem Einsetzen gelangten, beobachtet wurden.

Die Gesamtzahl unserer Fälle beträgt **171**; hinsichtlich der Häufigkeit der psychogenen Neurosen im Kriege finden wir in der Literatur große Meinungsverschiedenheiten vor (Herschmann, Horstmann, Lewandowsky, Marburg, Nonne, Oppenheim, Raimann, Redlich, Rothmann, Wexberg u. a.), die zweifellos zum großen Teil auf die Verschiedenheit des Beobachtungsortes (Front — selten, Hinterland — häufig) zurück-



zuführen sind.[1]) Die Zahl der in Przemyśl gesehenen Fälle beträgt 60 — eine auffallend kleine Anzahl im Vergleiche mit dem übrigen dort beobachteten neurologischen Materiale (ausschließlich der Schußverletzungen des Nervensystems, 10·7 %) und bemerkenswert gering gegenüber der nur um ein weniges kleineren Anzahl der psychogenen Geistesstörungen, die nach den Erfahrungen aus der Literatur wesentlich seltener sind als die Neurosen (Birnbaum). Es dürfte dies zum Teil seine Erklärung darin finden, daß die Mehrzahl der in der Literatur vorgefundenen Beobachtungen bereits aus Anstalten des hinteren Etappenraumes, bzw. des Hinterlandes stammen, wohin die psychogenen Geistesstörungen mit kürzerer Dauer nicht mehr gelangen, während wir unsere Fälle oft schon wenige Stunden nach Ausbruch der Erkrankung an die Abteilung bekamen; weiterhin muß berücksichtigt werden, daß die psychogenen Geistesstörungen, weil eben Psychosen, sämtliche unserer Abteilung überstellt wurden, während von den Neurosen doch viele teils als solche erkannt, teils als andere Krankheitszustände (Rheumatismus!) angesprochen, auch in anderen Spitälern verblieben, wenngleich ihre Gesamtzahl, wie ich aus meiner Erfahrung als Konsiliararzt der Festung schließen möchte, keine verhältnismäßig große gewesen sein dürfte. Vom 1. Oktober 1915 bis 10. Juni 1916 (Stellungskrieg) habe ich als neurologischer Berater bei einer Chirurgengruppe in einem 25 *km* hinter der Front gelegenen Feldspital, das außerdem zur Aufnahme von Geistes- und Nervenkranken bestimmt war, sowie auch zahlreiche innere Kranke versorgte, unter 5373 Aufnahmen 86 Psychosen und 122 Nervenkranke, hievon 66 (1·2 %) psychogene Zustände (28 Psychosen, 38 Neurosen) gesehen. Während des dritten Kriegsjahres war unser Feldspital, 18 bis 20 *km* hinter der Front, als rein chirurgische Anstalt eingerichtet worden, der im Laufe des Winters eine Nervenabteilung unter meiner Leitung angegliedert wurde, hauptsächlich zur Aufnahme von Kriegsneurosen. Ich sah damals in der Zeit vom 1./10. 1916 bis 31./7. 1917 (neun Monate Stellungskrieg, ein Monat Offensive) 2015 Verwundete und 73 psychogene Neurosen (3·6 %); die relativ hohe Anzahl der Neurosen erklärt sich daraus, daß dieselben in verhältnismäßig vollständigerer

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Einschlägige Beobachtungen bei Boström (Med. Klin. 1917, Nr. 50), Piltz (Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 19 und ff.), Schneider (Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. 1918, 39. Bd., H. 4/5).



Menge zu uns kamen als die Verwundeten. Einen viel verwertbareren Überblick über das Verhältnis der psychogenen Neurosen zu den übrigen Kranken hinsichtlich der Morbiditätsziffer geben die Statistiken von Krankensammelstationen hinter der Front, die auch deutliche Unterschiede im Zahlenverhältnis mit Rücksicht darauf, ob ein ruhiger Stellungskrieg oder eine Offensivtätigkeit herrscht, erkennen lassen. So hatte eine Krankenhaltstation in der Zeit vom 1./1. bis 30./5. 9567 Verwundete und Kranke und nur 28 Neurosen (0·3%) abgeschoben, während der Abschub anläßlich einer großen, mehrere Tage andauernden Kampfhandlung gegen 5000 Verwundete und 101 Neurosen umfaßte (2%). Meine Felderfahrungen weisen in Übereinstimmung mit denen Herschmanns, Jolowiczs, K. Mendels, Seiges, Singers, Wexbergs darauf hin, daß psychogene Krankheitszustände an der Front keineswegs häufig sind; sie zeigen ferner, daß ein so auffallend hoher Unterschied in der Häufigkeit zwischen den psychischen und nervösen Formen, wie er sicherlich bei Beobachtungen in den Heimatslazaretten besteht, nicht zu finden ist. Diese Tatsachen erhielt ich von zahlreichen Kollegen, die als Truppenärzte in unserem Kampfraum tätig waren, auf meine Anfrage bestätigt.

Dem militärischen Range nach befanden sich unter den 171 Kranken 15 Offiziere und 153 Mannschaften, und zwar 74 im aktiven, 59 im Reserve- und 35 im Landsturmverhältnis, ferner drei Russen, von denen jedoch nur einer Kriegsgefangener war, da die beiden anderen während der Besetzung Przemyšls durch die Russen an der Abteilung aufgenommen worden waren. Wie bei den psychogenen Geistesstörungen sahen wir auch hier die Bevorzugung jüngerer Dienstklassen, wie dies noch deutlicher bei Betrachtung der einzelnen Altersstufen hervortritt:

Im Alter von 18—25 Jahren standen 70 Fälle.
„ „ „ 26—30 „ „ 45 „
„ „ „ 31—35 „ „ 30 „
„ „ „ 36—40 „ „ 14 „
„ „ „ 41—45 „ „ 8 „
„ „ „ 46—50 „ „ 4 „

Wir wollen auch bei den psychogenen Neurosen von einer ätiologischen Determinierung der einzelnen Krankheitsbilder absehen — wir kommen später bei den Granatexplosionsneurosen noch darauf zu sprechen — und vermerken zunächst die verschiedenartigen



äußeren exogenen Faktoren, die wir in den untersuchten Fällen als pathogen ansehen durften; es kommen als solche in Betracht:

1. In 98 Fällen die Einwirkung feindlichen Artilleriefeuers. und zwar: *a*) in 50 Fällen Granat-, Minen- und Schrapnellexplosionen in nächster Nähe (Granatkontusion), hievon in zwölf Fällen mit Verschüttung durch die Explosionswirkung; *b*) in 33 Fällen Granat-, Minen- und Schrapnellexplosionen in größerer, aber nicht unmittelbarer Nähe; *c*) zweimal Explosion von Fliegerbomben; *d*) 13mal Ausharren im Granatfeuer (ohne Einschläge in der näheren Umgebung).

2. Explosion einer eigenen Handgranate (ohne Verwundung), bzw. unerwartetes Abfeuern eines eigenen Geschützes in je einem Falle.

3. Gemütserregung im Nahkampf (7 Fälle).

4. In 32 Fällen allgemeine Kriegsstrapazen (in 23 mehr seelischer, in neun vorwiegend körperlicher Natur).

5. In 28 Fällen somatische Traumen, und zwar 13mal körperliche Schädigung durch Sturz vom Pferde, Wagen, durch Hufschlag, Tragen einer schweren Last usw.; in 15 Fällen wurden Erkältung und Durchnässung im Schützengraben als Ursache angegeben.

6. Zweimal die seelische Aufregung infolge der Mobilmachung.

7. Je einmal ein Traumerlebnis, bzw. eine Choleraschutzimpfung.

Eine endogene, bzw. bereits vor dem Kriege erworbene neuro- oder psychopathische Konstitution war in 59 Fällen nachweisbar, und zwar als neurasthenische Veranlagung in 31, als vorwiegend hysteropathische in 28 Fällen; bei 15 Kranken handelte es sich um Rezidiven durch frühere Kriegsschäden verursachter, bzw. ausgelöster neurotischer Symptomenkomplexe, deren Abheilung, bzw. weitgehende Besserung eine Wiederverwendung im Kriegsdienste ermöglicht hatte.

Hinsichtlich der Klinik unserer Beobachtungen gehört die Hauptgruppe mit 147 Fällen dem Gebiete der Hysterie an — 104 Fälle von mehrminder reiner Hysterie und 43 neurasthenisch-hysterische Mischformen —, während eine kleinere Gruppe von 24 Fällen ein vorwiegend neurasthenisches Gepräge aufweist. Was zunächst die Fälle von einfacher Hysterie anlangt, so handelte es sich

in 65 Fällen um mono-, bzw. oligosymptomatische Formen,
„ 20 „ „ ausgeprägten Nonne-Fürstner,
„ 19 „ „ hysterische Anfälle.



Eine Entartungshysterie mit den typischen chronischen Charakterveränderungen haben wir in keinem Falle beobachtet; ihre große Seltenheit bei Kriegsteilnehmern wurde ja bereits in der Literatur allseits betont.

Die oligosymptomatische Hysterie betraf vorwiegend jugendliche Soldaten, nur 18 hatten das 30. Lebensjahr überschritten; ähnliche Erfahrungen machten auch andere, ich nenne nur Gaupp, der massive monosymptomatische Bilder häufiger beim sehr jungen, ungebildeten Soldaten, polymorphe und Mischformen mehr bei Älteren und Gebildeten fand. Wie ungemein mannigfaltig die einzelnen klinischen Zustandsbilder sind, geht am deutlichsten aus folgender übersichtlichen Zusammenstellung der Fälle hervor, wobei gleichzeitig auf die einzelnen äußeren Ursachen Rücksicht genommen wurde:

Mutismus (7 Fälle)	2 Gr.-Expl., 1 Schr.-Expl., 1 Handgr.-Expl., 2 Nahkampf, 1 Traumerlebnis
Mutismus mit schlaffer Lähmung beider Beine (1 Fall)	Ausharren im Granatfeuer
Aphonie (1 Fall)	Gr.-Expl.
Taubheit (2 Fälle)	1 Gr.-Expl., 1 Granatfeuer
Taubstummheit (5 Fälle)	2 Gr.-Expl., 1 Minenexpl., 1 Granatfeuer, 1 Abfeuern des eigenen Geschützes
Taubstummheit und schlaffe Paraparese der Beine (2 Fälle) . .	1 Gr.-Expl., 1 Minenexpl.
Schwerhörigkeit und Sehschwäche (1 Fall)	Granatfeuer
Pseudoptosis und Pseudoamaurose (1 Fall)	Choleraschutzimpfung
Pseudoptosis und Blepharospasmus (1 Fall)	Kriegsdienst
Kiefersperre (1 Fall)	Zahnextraktion
Pseudotorticollis (4 Fälle) . . .	3 Gr.-Expl., 1 Erkältung
Tic der Gesichts- und Halsmuskeln (1 Fall)	Gefangenschaft (Austausch!)
Respirationsstörungen Pagodenhafte, langsame Nickbewegungen des Kopfes (1 Fall)	Gr.-Expl.
Isolierter Kopftremor (2 Fälle) . .	Schr.-Expl., 1 Kriegsdienst
Tremor beider Arme (1 Fall) . .	Kriegsdienst





Klonische Zuckungen in der rechten Körperhälfte (1 Fall) . . . . Minenexpl.
Schlaffe Lähmung, bzw. Parese des rechten (4), bzw. linken (2) Armes (6 Fälle) . . . . 2 Gr.-Expl., 1 Schr.-Expl., 1 örtliche Belastung, 1 alte Schußwunde, 1 Kriegsdienst
Pseudospastische Lähmung des rechten Armes mit Tremor und Akroasphyxie (1 Fall) . . . . . . Gr.-Expl.
Lähmung des rechten Armes und linken Beines (1 Fall) . . . . Nahkampf
Schlaffe rechtsseitige Hemiplepie (1 Fall) . . . . Gr.-Expl.
Schlaffe rechtsseitige Hemiparese mit Hyperidrosis und Tremor (1 Fall) Gr.-Expl.
Schlaffe linksseitige Hemiparese (1 Fall) . . . . Kriegsdienst
Schlaffe rechtsseitige Hemiparese mit Taubstummheit und Tremor (1 Fall) . . . . Minenexpl.
Schlaffe Parese beider Beine mit Astasie-Abasie (5 Fälle) . . . 1 Gr.-Expl., 2 Schr.-Expl., 1 Granatfeuer, 1 Erkältung
Schlaffe Parese des rechten (1), bzw. linken Beines (3 Fälle) . . . . 1 Gr.E-xpl. 2 örtliche Traumen
Pseudospastische Parese des linken, bzw. beider Beine (2 Fälle) . . Marschstrapazen
Myogene Kontraktur des rechten Schulter-, bzw. linken Kniegelenkes (3 Fälle) . . . . . . 1 Schr.-Expl.. 2 Marschstrapazen
Muskuläre Versteifung der Wirbelsäule (Pseudolumbago, -Kyphose, -Skoliose) in 6 Fällen . . . . 2 Minen-, 3 Gr.-, 1 Schr.-Expl.
Rhythmische inspiratorische Atemsperre (1 Fall) . . . . Schr.-Expl.
Rhythmische inspiratorische Atemsperre mit Armtremor (1 Fall) . Minenexpl.



Bei den einseitigen Lähmungen, bzw. Kontrakturen konnten wir eine wesentliche Bevorzugung der rechten oder linken Extremitäten nicht feststellen, wir fanden elfmal eine Lähmung rechts, neunmal links. Dieses, wenn auch geringe, Überwiegen der linken Körperseite ist deshalb bemerkenswert, weil Simons betont hat, daß, wer unverletzt ist, meist die Lähmung oder Kontraktur links bekommt und auch von anderen darauf hingewiesen worden ist, daß die Linkswahl dem rechtshändigen Neurotiker „bequemer" liegt; Simons sah bei 22 Rechtshändern 4 Rechts- und 18 Linkslähmungen und führt das Überwiegen der letzteren auf die unbewußte oder instinktive Linkswahl bei Unverletzten zurück. Die Sensibilitätsstörungen waren meistens in regionärer Übereinstimmung mit den motorischen Erscheinungen und fanden sich in drei Viertel sämtlicher motorischer Lähmungen und Paresen; auch in mehreren Fällen von Taubstummheit und Taubheit ließen sich sensible Ausfälle im Gebiete des äußeren Ohres und dessen Umgebung nachweisen. In einigen Fällen monosymptomatischer Hysterie wie auch anderer hysterischer Zustände (Anfälle, Mischformen) wiesen die sensiblen Ausfälle reinen Halbseitentypus auf, den Binswanger in seinen Fällen vermißte. Im übrigen sei hier gleich betont, daß wir an unseren Beobachtungen von Kriegshysterie im Gegensatze zu Böttiger die Erfahrungen Nonnes, Manns, Binswangers, Trömners, Curschmanns hinsichtlich der Realität der Gefühlsstörung nur bestätigen können. Auf die äußere Ähnlichkeit im Verhalten psychogener Taubstummer mit stuporösen Katatonikern sei hier in Bestätigung der gleichen Erfahrungen Westphals kurz hingewiesen; als unterscheidend gegenüber einer Schizophrenie wäre hervorzuheben das geordnete, besonnene und gleichmäßige Verhalten dieser Kranken, die Fixierbarkeit, das Fehlen bizarrer Handlungen und Gebärden, sowie negativistischer Erscheinungen.

Fall 1. Infanterist J. J., 28 Jahre alt, wird am 3./10. 1914 als „vermutlich geisteskrank" der Abteilung überstellt; auffallende Bewegungsarmut, ausdruckslose Miene; er liegt ständig zu Bette, nimmt an den Vorgängen seiner Umgebung keinen Anteil. Kataleptische und negativistische Erscheinungen fehlen. Vollkommene Taubstummheit; Ohrbefund (Doz. Dr. Bárány): „Normales Trommelfell; bei plötzlichem Ertönen des Lärmapparates Erweiterung der Pupillen und zweimaliges Zucken der Augenlider. Kalorische Reaktion normal." Anästhesie im Gebiete beider Ohrmuscheln. Der Explosionsknall mehrerer in nächster Nähe des Pavillons platzender Schrapnells (7./10.) wird von dem Kranken nicht beachtet. Am 12./10. be-



richtet P. bei der Morgenvisite mit freudestrahlendem Gesichte, daß er heute nach dem Erwachen wieder hörte und sprechen konnte. Er spricht laut und ohne jedes Stottern oder Stocken. Sensibilität der Ohrgegend frei. — Früher stets gesund. Ende August habe er in der Schlacht bei T. durch das starke Artilleriefeuer „Summen" in den Ohren bekommen. Am 3./10. sei er durch das unerwartete Abfeuern eines Geschützes in seiner Nähe so erschrocken, daß er Sprache und Gehör verlor.

In 20 Fällen war das Bild einer pseudospastischen Paraparese mit Tremor nach Nonne-Fürstner vorhanden, das wir im Frieden eigentlich selten sehen, das im Kriege jedoch recht häufig beobachtet wird und im wesentlichen mit der Myotonoclonia trepidans Oppenheims identisch sein dürfte; fünfmal fand sich Kombination mit Taubstummheit, einmal mit schweren vasomotorischen Störungen an Unterarm und Hand beiderseits. Vier Fälle waren Rezidiven. Ursächlich kamen in Betracht: zwölfmal Geschoßexplosionen, viermal Ausharren im Granatfeuer, dreimal Erkältung, einmal Marschstrapazen. Eine endogene, bzw. bereits vor dem Krieg erworbene nervöse Veranlagung war kaum in einem Viertel der Fälle nachweisbar; wie bei der monosymptomatischen Hysterie handelt es sich auch hier vorwiegend um jugendliche Individuen. In fast drei Viertel der Fälle bestanden sensible Ausfallserscheinungen an den Beinen mit zirkulärem Niveau in der Leistengegend oder zwischen dieser und Nabelhöhe.

Fall 2. Infanterist J. K., 23 Jahre alt, aufgenommen am 11./10. 1914. P. ist nach seiner Angabe gestern durch Explosion mehrerer Schrapnells in seiner nächsten Nähe so erschrocken, daß er „fast" umgefallen und „beinahe" ohnmächtig geworden wäre. Kaum in den Unterstand zurückgekehrt, überfiel ihn ein Schwitzen und Zittern, er bekam nachts Kopfschmerzen, Ohrensausen, Beklemmung um die Brust, Schwächegefühl in den Beinen; heute früh konnte er wegen Zitterns und Schwäche der Beine das Bett nicht mehr verlassen.

Universeller grobschlägiger Tremor, der namentlich beim Stehen und Gehen in ein lebhaftes Schütteln des ganzen Körpers übergeht und besonders an den Beinen stark hervortritt. Die Beine werden beim Gehen steif gehalten, nur mühsam — angestrengtes Atmen hörbar, intensiver Schweißausbruch, ausgiebige Mitbewegungen der Arme — kommt der Kranke mit kleinen Schritten vorwärts; wenn er sich setzt, nehmen die Zittererscheinungen wesentlich ab, bzw. verschwinden vollkommen. Bei passiven Bewegungen, die auf das Zittern beruhigend einwirken, sind keine Spasmen fühlbar; grobe Muskelkraft in den Beinen herabgesetzt. Schwere Hypästhesie an beiden Beinen und am Rumpfe aufwärts bis ungefähr zur Nabelhöhe (zirkulär absetzend). Während des Schlafes keinerlei motorische Reizerscheinungen wahrnehmbar. Haut dauernd feucht. Zahlreiche druckschmerzhafte Stellen am Kopf, Rumpf, Extremitäten; Sehnenreflexe stark erhöht, Pulsfrequenz im

Liegen 100, im Stehen 130. Verbalsuggestion und strenge Einhaltung von Bettruhe — das Nachlassen der motorischen Reizerscheinungen im Liegen wirkt autosuggestiv — führten innerhalb 5 Tagen zur vollkommenen Heilung. P. wurde am 10. 11. diensttauglich entlassen und machte die zweite Belagerung bis zur Übergabe der Festung als Kampfsoldat mit.

Unter den 19 Fällen mit hysterischen Insulten hatten 10 bereits früher an Anfällen gelitten, allerdings war bei den meisten von ihnen (8 Fälle) eine längere Pause bis zur Wiederkehr der Anfälle im Kriege verstrichen; anfallsauslösend wirkten in diesen Fällen eine Granatexplosion (einmal), ein miterlebtes Gefecht (einmal), Kriegsdienst (siebenmal), Mobilmachung (einmal). Bei neun Kranken handelte es sich um erstmalige Insulte, die im Anschlusse an eine Granatexplosion (sechsmal), nach einem Handgemenge (einmal) und nach einer anstrengenden Marschleistung (zweimal) aufgetreten waren; einer dieser Kranken hatte zur Zeit der Pubertät Veitstanz überstanden, bei drei anderen war eine nervöse Belastung nachweisbar. 14 Kranke standen im Alter von 19 bis 26 Jahren, nur fünf im Alter von 31 bis 40 Jahren; bei den jugendlichen Individuen herrschte das Bild des großen Krampfanfalles vor, bei den älteren handelte es sich um mehr ungewöhnliche Formen hysterischer Insulte. Sämtliche Kranken konnten an der Abteilung im Anfalle beobachtet werden; in 13 Fällen, darunter in sieben mit bereits früheren Anfällen, entsprachen die Insulte dem gewöhnlichen Bilde des hysterischen Krampfanfalles, in drei Fällen boten sie theatralische Stellungen und Grimassen, in je einem Falle Imitation eines epileptischen Anfalles, Weinkrämpfe sowie einen eigenartigen hystero-kataleptischen Zustand mit vorübergehender Temperatursteigerung (der Kranke war mit vermeintlicher Meningitis ins Epidemiespital geschafft worden). Sensibilitätsstörungen fanden sich fast in zwei Drittel der Fälle, außerdem regelmäßig subjektive Störungen von hysterischer Färbung. Der Verlauf war in sämtlichen Fällen, soweit das Aussetzen der Anfälle bei längerer Beobachtung im Spitale in Betracht kommt, ein günstiger. Sieben Fälle waren als Epilepsie überstellt worden. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegen epileptische Insulte ergaben sich jedoch in keinem Falle; das Verhalten der Pupillen, des Fußsohlenreflexes, die bestehende Bewußtseinsveränderung mit Berechnung auf die Umgebung, die Beeinflußbarkeit der Kranken, das Fehlen jeglicher mehrminder für Epilepsie charakteristischer Zeichen (Zungenbiß, Einnässen, tonisch-klonische Krampfform, Fehlen der



B. D. R.) ließ jedesmal eine sichere Entscheidung zu. Als besonders wertvoll und verläßlich erweist sich zur Unterscheidung des epileptischen vom hysterischen Anfall nach meinen Erfahrungen des letzten Jahres das Verhalten des Finger-Daumenreflexes (C. Mayer)[1], der in den daraufhin untersuchten Fällen bei epileptischen Insulten stets fehlte, während er bei hysterischen immer vorhanden war — vorausgesetzt natürlich seine Auslösbarkeit im anfallsfreien Stadium. Im Vergleiche zur Häufigkeit der von uns beobachteten epileptischen Anfälle ist die Zahl der hysterischen Insulte eigentlich eine geringe, anderseits aber im Verhältnis zu den anderen hysterischen Krankheitsformen eine relativ große. Nach den Erfahrungen aus der Literatur spielt das Vorkommen hysterischer Insulte als klinischer Ausdruck traumatischer Kriegshysterie eine mehr untergeordnete Rolle; so hat Oppenheim Krämpfe vom typischen Hysteriecharakter überhaupt nicht beobachtet[2]). Das Auftreten erstmaliger hysterischer Krampfanfälle bei Soldaten ohne nachweisbare nervöse Belastung, wie wir das in mehreren Fällen gesehen haben, ist uns ein neuerlicher Beleg dafür, daß vorher anscheinend gesunde Menschen unter bestimmten äußeren, pathogen wirksamen Faktoren an echten hysterischen Zuständen erkranken können.

Fall 3. R. H., bayrischer Infanterist, 22 Jahre alt, wurde am 10. 6. 1915 wegen „Meningitis epidemica“ der Epidemiebaracke überstellt, wo ich ihn am 11. 6. untersuchte: Leichte Somnolenz. Temperatur früh 38·6. Puls 100. Rückenlage, Opisthotonus, Nacken steif und druckschmerzhaft; bei passiven Kopfdrehungen lebhaftester Widerstand mit Rötung des Gesichtes und Schweißausbruch. Augenlider weit geöffnet, Unruhe der Bulbi; Pupillen relativ weit, prompt reagierend auf L. u. K.; Kornealreflex herabgesetzt. Beine in Knie und Hüfte leicht gebeugt, bei passiver Streckung lebhafte Schmerzäußerung und Widerstand. Haut- und Sehnenreflexe erhalten. Universelle Hyperästhesie mit Ausnahme der vollkommen anästhetischen und analgetischen Bauchdecken. Während der Sensibilitätsprüfung (9 Uhr vormittags) typischer hysterischer Krampfanfall mit maximaler Kreisbogenstellung, äußerster Dorsalflexion des Kopfes, rhythmischen Rumpfverdrehungen mit

[1]) C. Mayer, Mitteilung über ein Reflexphänomen am Daumen (Fingerdaumenreflex). Neurologisches Zentralblatt 1916. Nr. 1. — Stiefler: Zur Klinik des Finger-Daumenreflexes. Ibidem 1917. Nr. 12.

[2]) Anmerkung bei der Korrektur: Spätere an einer Epileptikerstation im Hinterlande gewonnene Erfahrungen bewiesen mir das ungleich häufigere Vorkommen von psychogenen Krampfanfällen gegenüber epileptischen, wobei ich wiederholt — gewiß nicht selten! — typische hysterische Insulte konstatieren konnte.



Neigung, sich aus dem Bette zu werfen. P. erkennt während des Anfalles die Umgebung: „Herr Arzt, Herr Stabsarzt, kommen und helfen Sie doch.“ Stunden hindurch andauernder Wechsel zwischen Krampfanfällen und Attituden. Um 1 Uhr Lösung des Krampfzustandes, wozu die Anwendung schwacher faradischer Ströme im ruhigen Intervall beigetragen haben mag. Unvollkommene Amnesie; Nachmittagstemperatur 36·8, auch an folgenden Tagen normale Temperatur. Später kein Anfall mehr, Erscheinungen bis auf Anästhesie der Bauchdecken vollkommen geschwunden: 22./6. dem deutschen Lazarett überstellt. Vorgeschichte: Früher stets gesund. November 1914 Granatvolltreffer in der Batterie, heftiger Schreck, keine Bewußtlosigkeit; seither wiederholt Anfälle von heftigen Nackenschmerzen, bis 6./6. 1915 immer im Dienste gewesen. Am 7./6. arbeitete seine Batterie unter schwerem feindlichen Artilleriefeuer, zahlreiche schwere Einschläge in seiner nächsten Umgebung; abends heftige Kopf- und Nackenschmerzen, so daß er den Kopf nicht mehr rühren konnte. Ob er damals Fieber hatte, ist ihm nicht bekannt (über frühere Temperaturen kein Bericht).

Von vier Kranken, die wegen Verdachts auf Epilepsie uns überwiesen worden waren, hatten zwei hier echte hysterische Anfälle (bereits früher Anfälle); bei den zwei anderen konnten wir in der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation zu keiner sicheren Entscheidung kommen, neigten aber eher letzterer Ansicht zu: das klinische Bild der Anfälle war von einem echten hysterischen Insult weit entfernt, Krämpfe fehlten, die Kranken lagen im Anfall meistens regungslos am Boden, nur ab und zu eine leichte willkürliche Bewegungsäußerung; Sensibilitätsstörungen fehlten. Ein bestimmtes auslösendes Affekterlebnis war in keinem der beiden Fälle nachweisbar; sehr verdächtig erschien uns auch das so grundverschiedene Verhalten der Kranken während und außerhalb der Visite, die so plötzliche befehlsgemäße Lösung des Anfalls.

Fall 4. Der 39jährige Infanterist St. G. wurde am 26./12. 1914 von einem Festungsspitale mit der Mitteilung überstellt, daß P. nach seiner Angabe seit mehreren Wochen an Anfällen von Bewußtlosigkeit leide, ohne daß bisher ein Anfall ärztlich beobachtet werden konnte. P. klagt über zahlreiche Beschwerden, wobei er sichtlich übertreibt; während der Visite nur bei anzunehmender Nähe des Arztes bietet er ein Bild höchsten Jammers und schwersten Leidens, während er in der Zeit, wenn er sich nicht beobachtet wähnt, nicht die geringsten Beschwerden aufweist. P. bekam nachts zweimal „Anfälle“, über deren Verlauf vom Wärter nichts Verläßliches erhoben werden konnte; der alarmierte Inspektionsarzt fand P. bereits nach dem Anfalle bei vollem Bewußtsein im Bette liegend vor und konnte keinerlei Anzeichen, die auf einen stattgehabten epileptischen Insult hinwiesen, feststellen. Am 10. Jänner, etwa eine halbe Stunde nach der Frühvisite — P. war bei derselben zur Entlassung als diensttauglich bestimmt worden —, wurde



mir gemeldet, daß P. „bewußtlos“ am Boden liege; nach Angabe von Mitkranken sei er, am Bettrande sitzend, plötzlich zu Boden gefallen. Abgesehen von lebhaftem Augenzwinkern liegt P. vollkommen regungslos in bequemer Rückenlage auf dem Boden, erweckt zunächst den Eindruck eines Schlafenden. Es ist weder eine auffallende Rötung noch Blässe des Gesichtes feststellbar, Pupillenreaktion prompt, Haut- und Sehnenreflexe erhalten. Nadelstiche wehrt P. lebhaft ab, im Anschlusse daran vereinzeltes stoßweises Zucken der Beine. Auf energische Aufforderung und Androhung von Strafe, wenn er nicht sofort aufstehe, erhebt sich P. ziemlich rasch, ist „wieder“ vollkommen bei sich; er behauptet, einen Schwindelanfall gehabt zu haben und sich an den Anfall, bzw. die Vorgänge während desselben nicht erinnern zu können. P. verblieb anfallsfrei noch 2 Wochen an der Abteilung und wurde dann wieder zu seiner Truppe entlassen.

Fall 5. Der 40jährige Landsturmarbeiter M. S. kam am 16./1. 1914 zur Aufnahme wegen „rheumatischer“ Schmerzen, über die er in ungemein lebhafter Weise klagt und die er in die verschiedensten Körperteile („überall“) lokalisiert; der objektiv-negative Befund würde schließlich nicht gegen die Realität der Beschwerden gesprochen haben. P. erschien uns aber deshalb verdächtig, weil er trotz wochenlanger Behandlung nicht die leiseste Besserung zugab, bei den Visiten andauernd jammerte, während er sonst mit den Kameraden scherzte und durchaus nicht den Eindruck eines Kranken machte. Am 14. 2. wurde P. in ein Zimmer transferiert, in welchem mehrere Epileptiker zur Konstatierung ihrer Anfälle sich befanden. Am 20./2.: Wenige Minuten nach der Morgenvisite — P. sollte mittags entlassen werden — fiel er der Länge nach zu Boden, schlug mit dem Kopf mehrere Male, aber ohne Gewalt, an denselben an, hielt die Augenlider krampfhaft geschlossen, ließ Speichel aus dem Munde fließen, strampelte mit den Beinen herum, hielt die gestreckten Arme mit in die Handfläche eingeschlagenen Daumen von sich. Keine Verfärbung des Gesichtes, lebhafte Abwehr selbst leichter Nadelstiche. Auf mehrmaliges Anspritzen mit kaltem Wasser und energische Aufforderung aufzustehen, erhob sich P. ziemlich rasch; er gab an, einen „Schwindelanfall“ gehabt zu haben.

Ins Gebiet der Kriegshysterie gehören ferner hysterische Zustandsbilder, die eine Vermischung teils mit neurasthenischen, teils mit neurasthenisch-hypochondrischen Symptomen aufweisen. Zur ersteren Gruppe der neurasthenisch-hysterischen Symptomenkomplexe zählen wir 26 Fälle, darunter zehn Offiziere — ein sehr hoher Prozentsatz, während wir mit rein hysterischen Zuständen mit Ausnahme von drei Fällen nur Mannschaftspersonen sahen. Curschmann hat ein völlig differentes Verhalten der Offiziere und der Mannschaften nach schweren Kriegstraumen beobachtet und gefunden, daß grobe, naive Äußerungen der Hysterie (wie Mutismus, schwerer Tremor und Ticformen, Kontrakturen) auch nach Granat-



und Minenchok bei Offizieren ganz außerordentlich selten sind und daß es sich dann stets um nervös schwer belastete Persönlichkeiten handelt, ferner daß die Prognose der Offiziershysterie durchwegs viel besser ist als die der Mannschaftshysterie; Curschmann führt dies auf die mächtige Wirkung des von Kohnstamm angeführten Gesundheitsgewissens (mit den Komponenten des Ehrgeizes, der Selbsterhaltung usw.) zurück. Auch meine eigenen Erfahrungen lehren, daß die massiven Formen der Hysterie bei Offizieren außerordentlich selten vorkommen; hingegen fanden wir bei den neurasthenisch-hysterischen Mischformen, sowie bei den neurasthenischen Zustandsbildern eine starke Beteiligung der Offiziere und konnten auch den von Curschmann hinsichtlich Veranlagung und Prognose erwähnten Unterschied gegenüber dem Befunde bei Mannschaftspersonen feststellen.

Als exogene Ursachen kamen in Betracht: Geschoßexplosionen, bzw. Ausharren im Granatfeuer (16 mal), Nahkampf (zweimal), Kriegsdienst (viermal), örtliche somatische Traumen (zweimal), Mobilmachung und Haft je einmal. Die neurasthenisch-hysterischen Mischformen unterscheiden sich von der oligosymptomatischen Hysterie durch die Reichhaltigkeit der Symptome und das Hervortreten neurasthenischer Erscheinungen (Reizbarkeit, Ermüdbarkeit), durch den häufigen Nachweis einer nervösen Belastung — sie war beinahe in der Hälfte der Fälle vorhanden —, die längere Dauer und relativ ungünstigere Prognose sowie durch das nahezu konstante Fehlen massiver Erscheinungen von Hysterie (Stummheit, Lähmungen u. dgl.). Das allgemeine klinische Bild ist aber trotz seines Symptomenreichtums recht eintönig: Kopfschmerzen, Herzklopfen, Empfindung innerer Unruhe und ängstlicher Beklemmung, leichte Ermüdbarkeit, teils mürrische, teils depressive Stimmungslage mit Neigung zum Weinen, zahlreiche diffuse Topalgien, vasomotorische Symptome (zwei Drittel der Fälle), Sensibilitätsstörungen (die Hälfte der Fälle), Steigerung der Sehnenreflexe und der mechanischen Muskelerregbarkeit. In 14 Fällen (elf Mannschaften) bestanden außerdem ausgesprochene Tremorerscheinungen mannigfacher Art und verschieden großer Ausdehnung, die namentlich in den ersten Tagen des Spitalsaufenthaltes recht lebhaft zur Demonstration gelangten. Dabei handelte es sich meistens um ein grobwelliges spastisches Zittern, das sich bei Gemütserregung (Erzählung des Ausgangserlebnisses) häufig zu einem lebhaften Schütteln steigerte, sich auch bei aktiven Bewegungen



wesentlich verstärkte, während passive Bewegungen einen beruhigenden Einfluß ausübten [1]). Finden wir einerseits, daß die Tremorerscheinungen ebenso wie die Nonne-Fürstnerschen Symptomenbilder besonders häufig im Anschlusse an Geschoßexplosionen, bzw. Ausharren im Granatfeuer auftraten, so sahen wir anderseits ebenfalls an eigenen Beobachtungen, daß sich Schüttelneurosen auch nach Erkältungen, allgemeinen seelischen und körperlichen Kriegsstrapazen sowie auch ohne erkennbare äußere Veranlassung bei nervös Veranlagten entwickeln können.

Fall 6. Infanterist J. T., 35 Jahre alt; Aufnahme am 20./2. 1917. Früher stets gesund, seit Kriegsbeginn an der Front, bereits zweimal verwundet. P. gibt an, schon seit mehreren Wochen an nervösen Erscheinungen (Reisbarkeit, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Ermüdbarkeit) zu leiden. Am 17./2. machte er schweren Dienst im Vorfelde (heftiges Schneegestöber) und erkältete sich nachts, als er auf Horchposten im Schnee lag. Am folgenden Tage traten plötzlich heftige Kopf- und Nackenschmerzen, innere Unruhe mit ängstlicher Beklemmung, Gefühl völliger Mattigkeit, sowie ein anfangs leichtes Zittern des rechten Armes auf, das sich immer mehr verstärkte und am 19./2. früh so heftig war, daß er beim Trinken beinahe den ganzen Inhalt des Glases verschüttete.

Guter Ernährungszustand, etwas blasse Gesichtsfarbe; sehr lebhafter Lidtremor, Pulsfrequenz erhöht und labil, Haut andauernd feucht, Sehnenreflexe gesteigert. Mürrisch-depressive Stimmungslage, Gefühl allgemeiner Schwäche; im Bilde hervortretend ist ein grobschlägiges Zittern des rechten Armes mit ausgesprochenem Intentionsschütteln, während passive Bewegungen sowie Ablenkung der Aufmerksamkeit, Ruhigstellung des Armes das Zittern vermindern. Im Schlafe fehlt dasselbe vollkommen. — Psychische Aufrichtung, Bettruhe, Allgemeinfaradisation mit schwachem Strome. Nach einigen Tagen bereits ist der Armtremor vollkommen verschwunden und nach weiteren 14 Tagen — P. versah indessen Wärterdienste — hatte P. sich auch von den allgemeinen nervösen Beschwerden vollständig erholt; er kam dann in ein Genesungsheim, später auf Heimatsurlaub und ist dann wieder zu seinem Regimente eingerückt, wo er wie früher seinen Dienst versieht.

Die zweite Gruppe der Mischformen war gekennzeichnet durch die Kombination neurasthenischer und hysterischer mit hypochondrischen Symptomen; ihr wesentliches klinisches Gepräge kam in verschiedenartigen hysterischen Zwangshaltungen zum Ausdruck. Die Betrachtung dieser Kranken

[1]) Eine ausführliche und klare klinische Darstellung der motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern finden wir u. a. bei Erben, Rothfeld, die auf eine Reihe diagnostisch wertvoller, objektiver Kennzeichen hinweisen.

— 17 Fälle — bringt uns vertraute und wenig erfreuliche Bilder aus der Unfallspraxis in Erinnerung; während wir bei den bisher besprochenen Kriegsneurosen bewußte, auf das Krankbleibenwollen gerichtete Wunschbestrebungen seltener antrafen, werden wir hier diesen Tendenzen eine große Rolle zuerkennen müssen. Die hiehergehörigen Fälle erinnern an die Beobachtungen, die Gaupp an einer nicht kleinen Gruppe vorwiegend etwas älterer Soldaten machte, die bald nach der Einstellung zum Kriegsdienste an hysterischen Symptomen erkrankten, die therapeutisch sehr schwer zugänglich waren und deren Ursache weniger in akuten Affekterlebnissen gegeben war als vielmehr in der relativen Insuffizienz des Willens gegenüber den Anforderungen des Kriegsdienstes, sowie auch in manchen Fällen im Mangel an patriotischer Gesinnung, abgesehen von familiären und materiellen Sorgen, die gelegentlich mitspielten. Auch bei unseren Kranken handelte es sich in der Mehrzahl um relativ ältere Soldaten, nur zwei waren unter 25, acht über 37 und sieben über 40 Jahre alt. Hinsichtlich der äußeren Verursachung handelt es sich nur in zwei Fällen um Geschoßexplosionen, sonst teils um örtliche somatische Traumen (meistens belanglose Kontusionen durch Hufschlag, Sturz vom Pferde, Feldbahnunfälle usw.), teils lediglich um mehrminder durchschnittliche körperliche Strapazen, um einen mehr chronischen Kriegsaufbrauch unter Mitwirkung ungünstiger klimatischer Einflüsse; die Leute gaben als Ursache ihres Leidens Verkühlungen, Durchnässungen an und es stand auch ein Teil der Fälle wegen „Rheumatismus, Ischias, Lumbago" Wochen hindurch in spitalsärztlicher Behandlung, wobei niemals eine umschriebene Gelenk-, bzw. Muskelaffektion oder Anzeichen einer arthritischen Konstitution festgestellt werden konnten. Auf eine strenge Kritik und vorsichtige Verwertung der so häufig zu findenden Diagnose Rheumatismus oder Ischias wurde ja neuerdings von J. Bauer, Neutra hingewiesen, nach deren Erfahrungen sich der weitaus größte Anteil dieser Fälle als Hysterie oder Simulation entpuppte.[1]) Einzelne der Leute gaben an, daß sie schon früher an rheumatischen Beschwerden gelitten hätten, stets aber war die Anklage gegen den Kriegsdienst, bzw. gegen eine bestimmte Schädigung als Ver-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Weitere Beobachtungen bei Hedinger-Hübner (Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 15, S. 528), H. Stern (Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. 1918, 39. Bd., H. 4/5).

ursachung des augenblicklichen Zustandes gerichtet; dabei handelte es sich keineswegs etwa um unterernährte, erschöpfte Leute.

Was das klinische Bild betrifft, so fällt vor allem auf die ungemeine Reichhaltigkeit der mit großer Lebendigkeit und besonderer Hartnäckigkeit vorgebrachten subjektiven Beschwerden, die an Zahl und Schwere zum spärlichen oder fehlenden objektiven Befunde in grellem Mißverhältnis standen: Kopfschmerzen, Schwindel, Beklemmungen, Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, Mattigkeit, reizbare — hypochondrische Verstimmung, vollständige Hoffnungslosigkeit, zahlreiche diffus verstreute Schmerzpunkte. Es bestanden zwangsartige, und zwar nicht selten absonderliche Körperhaltungen als Folge angeblich vorhandener Schmerzen, grobwelliges Zittern an Armen und Beinen in einigen Fällen sowie in etwa der Hälfte derselben eine mäßige Erhöhung der Sehnenreflexe sowie Sensibilitätsstörungen, während vasomotorische Erscheinungen nur vereinzelt und nur in geringem Grade nachweisbar waren. Unverkennbar war die Neigung der Leute, dem Arzte gegenüber die Schwere des Zustandes zu demonstrieren, während sie, wenn sie sich unbeobachtet fühlten, sich wesentlich freier verhielten, wenn sie auch nie ganz aus dem Bilde herausfielen; bei einigen Kranken hatte man den Eindruck, daß, wenn auch ein Teil ihrer Klagen berechtigt sein mochte, doch ein höherer Grad, bzw. größerer Teil ihrer Beschwerden artefiziellen Ursprungs war. Hinsichtlich der Differentialdiagnose konnte die Annahme einer organischen Läsion des Nervensystems in sämtlichen Fällen mit voller Bestimmtheit abgelehnt werden; gegen eine rein rheumatische Affektion sprach das „Überall“ und der Wechsel der Schmerzpunkte, die psychogene Charakteristik der Schmerzen, wie zum Beispiel ihre Suggestibilität, die Lokalisierung in die Oberfläche (zum Beispiel beim vorsichtigen Aufheben einer Hautfalte), die eigenartigen, oft bizarren Stellungen und Haltungen des Körpers, wie wir sie auch bei schweren Neuralgien (Ischias) und Myalgien (Lumbago) nie zu sehen bekommen. Von einer Störung des Schlafes durch die angeblich so lebhaften Schmerzen — im Gegensatze z. B. zu den Fällen mit typischen Schienbeinschmerzen — war keine Rede. Möglicherweise hatten anfängliche echte örtlich-rheumatische Beschwerden bestanden, die die Vorbereitung, bzw. den Anlaß zum Auftreten der psychogenen Störungen auf dem Wege eines seelischen Mechanismus gaben, die zur Zeit unserer Beobachtung zweifellos das Bild beherrschten; dieser Auffassung entsprach durchaus der weitere

Verlauf: Sämtliche Fälle, darunter auch solche, die sich in verschiedenen Spitälern schon Bürgerrechte erworben hatten, konnten binnen weniger Tage zur vollkommenen Heilung und zur Diensttauglichkeit gebracht werden, wobei wir therapeutisch von der Durchsetzung der militärischen Autorität, der Anwendung starker Induktionsströme, Exerzierübungen, Isolierung und knapper Diät ausgiebigen Gebrauch machten.

Fall 7. Der 38jährige Infanterist V. R. erkrankte anfangs November 1914 infolge „Verkühlung" an „rheumatischen Kreuzschmerzen", stand deshalb in einem Festungsspitale in Behandlung, wo sich sein Zustand immer mehr „verschlimmerte". Ich sah den Kranken dort am 10./12.; er war bettlägerig, klagte über Kopf-, Brust- und Kreuzschmerzen, Parästhesien und Kraftlosigkeit der Beine. Bei Gehversuchen schleppte er sich in stark gebückter Haltung und mit kleinen Schritten mühsam vorwärts. Seine Stimmung war eine mürrische, verdrossene; er verhielt sich jedem ärztlichen Zuspruch gegenüber abwehrend. Der Kranke wurde am 10./12. nachmittags unserer Abteilung überstellt, wo Dr. Formanek und ich gemeinsam ihn eingehend untersuchten und außer den bereits erwähnten Erscheinungen eine Unterempfindlichkeit beider Beine gegen Nadelstiche fanden. Im Anschlusse an die Untersuchung Behandlung mit starkem faradischen Strome und Exerzierübungen bei eingeschobenen Erholungspausen. Schon nach etwa einer halben Stunde deutlich erkennbare Besserung. Es wurde dem Kranken mit aller Bestimmtheit zugesichert, daß er durch den Strom geheilt werde und ihm gleichzeitig auch zu verstehen gegeben, daß die Behandlung so lange fortgesetzt würde, bis ein voller Erfolg erreicht wäre. Am nächsten Tage war Pat. bereits so weit frei von Beschwerden, daß von einer neuerlichen Sitzung Abstand genommen werden konnte; nach weiteren drei Tagen wurde Pat. geheilt zur Truppe entlassen und für die Dauer einer Woche zu leichterem Dienste empfohlen.

Gerade die Fälle von Hysterie mit neurasthenischen und hypochondrischen Zügen zeigen uns wieder einmal, wie unüberwindbar oft die Schwierigkeiten sind hinsichtlich der Abgrenzung der Hysterie gegenüber der Simulation; gilt doch gerade die „Imitabilität" von Symptomen als ein Kennzeichen ihrer hysterischen Natur[1]). Auch bei Fällen mit „typischen" hysterischen Erscheinungen ist eine beweisende Abgrenzung gegen Simulation nicht möglich; „nicht was, sondern daß ein Hysteriker simuliert, ist hysterisch" (Raimann). Birnbaum empfiehlt mit Recht in Fällen, die einerseits simulationsverdächtig sind, anderseits nachweislich hysterische Symptome zeigen

[1]) — womit nicht gesagt sein soll, daß die hysterische Symptomatologie in nur solchen Symptomen sich restlos erledigt. —



— wie dies ja bei Fällen unserer letzten Gruppe zutrifft —, den von v. Wagner-Jauregg treffend gekennzeichneten Standpunkt einzunehmen: „Daß eine scharfe Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation abzulehnen sei, denn das ‚Nichtkönnenwollen' und ‚Nichtwollenkönnen' gehe fließend ineinander über und es lasse sich der Grad, in welchem die der Krankheitsentstehung zugrundeliegenden Zwangsvorstellungen bewußt oder unbewußt wirksam seien, nicht mit Sicherheit feststellen." Hildebrandt hat im Kriege die Erfahrung gemacht, daß es zwischen psychogenen und ideogenen Neurosen und der Simulation keine scharfe Grenze gibt. Raimann sagt bei der kritischen Besprechung seiner Kriegsneurosen „man darf offen erklären, daß im einzelnen Falle die Unterscheidung (zwischen Simulation und Hysterie) vielleicht nur subjektiv sicher ist, deshalb sind Hysterie und Simulation noch nicht dasselbe, wenn sie auch zwei Endpunkte einer Reihe darstellen und in vielen Fällen Übertreibung oder etwas, was so aussieht, in anderen offenbarer Schwindel das hysterische Symptomenbild kompliziert". — J. Bauer betont, daß der reine Hysteriker viel rascher zu gesunden pflegt und er in der Regel über die ihm wiedergegebene Gesundheit glücklich ist; nach meinen Erfahrungen trifft dies bei frischen, hysterischen Zustandsbildern mit psychotraumatischer Vorgeschichte manchmal (keineswegs regelmäßig) zu, während wir es in Fällen mit vorherrschend ideogener Entstehung, so z. B. bei unseren hysterischen Mischformen, vollkommen vermißten.

Hinsichtlich der großen Schwierigkeiten und der Unsicherheit in der Abgrenzung der Hysterie von Simulation erinnere ich mich besonders an zwei Fälle, die mit der Diagnose Ischias im Spitale in Przemysl aufgenommen wurden; in beiden handelte es sich um hysterische Beinparesen mit zahlreichen, diffus verteilten Druckpunkten, lebhaften Schmerzen, Hyperästhesie in Übereinstimmung mit dem motorischen Schädigungsbereiche als angebliche Folgen von Verkühlungen und mitgemachten Strapazen. Die Kranken demonstrierten ihre Schmerzen, die Unfähigkeit zu gehen äußerst lebhaft, verlangten aber nie ein Medikament gegen die Schmerzen; bei beiden, die nur wenige Tage im Spital waren, trat die Heilung ganz plötzlich und unter recht bemerkenswerten, äußeren Umständen auf. Der eine sprang auf die Nachricht eines Kameraden hin, daß soeben der letzte Krankentransport vom Spitale abgehe, da die Festung morgen bereits von den Russen umschlossen sei, aus dem Bette, kleidete sich rasch an, lief die Stiege vom zweiten Stock an rasch hinunter und eilte dem eben abfahrenden Krankenwagen nach, den er auch glücklich erreichte. Im anderen Falle brachte die Übergabe der Festung an die



Russen und damit der endgültige Wegfall jedes weiteren Kriegsdienstes über Nacht vollkommene Heilung.

In beiden Fällen ist gewiß sehr bemerkenswert die so plötzliche, durch äußere Verhältnisse bedingte Heilung, die der nichtärztliche Laie sich kaum anders als wie durch stattgehabte Simulation erklären wird, die aber doch auch echt sein kann und auf eine Stufe zu stellen ist mit den Heilungen, die wir durch unsere Suggestivmaßnahmen erzielen. Im ersten Falle kam das psychogene Zustandsbild durch die Schreckensbotschaft der unmittelbar bevorstehenden Belagerung zur Heilung, im zweiten wirkte die Übergabe der Festung und damit das Ende des Kampfes lösend ein, wie wir dies auch in einigen anderen Fällen mit echt hysterischen Zuständen, die nicht den geringsten Verdacht einer Simulation boten, beobachtet haben (siehe später).

Daß die Ansichten der Autoren über die Häufigkeit der Simulation recht verschieden lauten, wird uns nicht wundern dürfen; geht doch der Versuch einer Beweisführung hinsichtlich vieler Beobachtungen über den Rahmen subjektiver Schätzungen kaum hinaus. Oppenheim, Nonne haben Simulationsversuche in ihren Fällen sehr selten angetroffen, Weygandt, Voss, Henneberg, Hirschfeld sahen klare, bewußte Simulation selten, hingegen häufig Aggravation. Nach Lewandowsky spielt Simulation eine große Rolle, nur ist sie von der Neurasthenie und Hysterie schwer zu trennen und gutachtlich so außerordentlich schwer nachzuweisen, Kretschmer hält Vortäuschung ohne Hysterie für sehr selten. Rothmann, Neutra, Wilmanns, Gaupp, Cimbal, Szedlák fanden Simulation und Übertreibung häufig, während Engelhard der Ansicht ist, daß die Zahl der Simulationen bei Dienstpflichtigen entschieden überschätzt wird. Erwähnt sei hier auch die Erfahrung Alexanders, der bei Ohrenkrankheiten 0·5% Simulanten fand [1]). Meine eigenen Erfahrungen führen in Berücksich-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: In letzterer Zeit war die Frage der Simulation wiederholt Gegenstand eingehender Erörterungen: Aussprache zum Vortrag Hennebergs (Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 24); König (Archiv für Psych., 58. Bd., H. 1/3); Forster (Monatsschrift für Psych. und Neurol., 42. Bd., H. 5/6); Cimbal (Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 37. Bd., H. 5); W. Mayer (ibid. 39. Bd., H. 4/5); Mahr und Harburg (ibid. 40. Bd., H. 1/3); Kretschmer (ibid. 41. Bd., H. 4/5); H. Marcuse (Med. Klin. 1918, Nr. 9/10); Hübner Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 15, S. 531); Repkewitz (ibid. 1918, Nr. 16, S. 571); Piltz (ibid. 1918, Nr. 19—22).



tigung der bereits erwähnten Schwierigkeiten einer scharfen Trennung zwischen Hysterie und Simulation zu dem Ergebnis, daß sichere reine Fälle von Simulation selten, Übertreibungen hingegen ziemlich häufig sind. Gewiß wird man zum Nachweis einer Simulation nicht das Eingeständnis des Schwindlers verlangen, ebensowenig wie man einen Angeklagten nur dann verurteilen wird, wenn er sein „pater peccavi“ geoffenbart hat. Als wertvollstes Hilfsmittel bei simulationsverdächtigen Fällen erwies sich uns die möglichst häufige Beobachtung der Kranken durch den Arzt, namentlich zu Tageszeiten, wo sie sich unbeobachtet fühlten, allenfalls unter Zuhilfenahme geeigneter Wartepersonen und verläßlicher Mitkranker; die Gunst des Augenblicks kann so manchem langwierigen Leiden ein recht plötzliches Ende bereiten und dem Arzt eine sichere Entscheidung ermöglichen. Weiterhin möchte ich noch auf eine Beobachtung hinweisen, die ich in simulationsverdächtigen Fällen gemacht habe: Einerseits werden die angeführten Schmerzen meistens als sehr intensiv und ungemein lästig geschildert, anderseits geben sich diese Kranken in der Regel damit zufrieden, wenn man sie ruhig anhört, ihnen scheinbar Vertrauen und Glauben schenkt; sie verlangen meistens nach keinem schmerzstillenden Medikamente oder anderer Behandlung. Es ist, als ob sie — vermutlich im Bewußtsein ihrer Schuld — den Arzt nicht allzuviel mit ihrem Zustande beschäftigen wollten oder sie fürchten wohl auch, daß Medikamente einem gesunden Körper schaden könnten. Hysterische und Neurasthenische verhalten sich in dieser Hinsicht in der Regel doch anders, sie verlangen meist eine recht weitgehende Berücksichtigung ihres Zustandes, namentlich was die Verabreichung von Medikamenten betrifft, wodurch sie dem Arzt zur Crux werden können. Man denke vergleichsweise nur an seine Erfahrungen aus der Friedenszeit, an die Mühe, die es manchmal kostet, bei solchen ewig Klaghaften endlich ein entsprechendes Präparat oder eine Behandlungsmethode ausfindig zu machen, die dem Kranken neu sind.

Meine bisherigen Kriegserfahrungen beziehen sich auf fünf Fälle[1]) sicherer Simulation von nervösen Störungen, wovon ich drei in Przemysl und zwei später gesehen habe — eine verschwindend kleine Anzahl im Vergleiche zu dem im Kriege beobachteten neuro-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Während späterer, nur mehrmonatiger Tätigkeit im Hinterlande konnte ich ungleich häufiger sichere Simulation feststellen.



logischen Material; es dürfte wohl von Interesse sein, die Fälle kurz anzuführen.

Fall 8. Der 32jährige Landsturm-Infanterist C. D. wird am 15./2. mit einer „Lähmung“ des linken Armes und „Kontraktur“ des linken Beines, die bei dem Mann angeblich im Anschlusse an eine Erkältung tags vorher aufgetreten waren, der Abteilung überstellt. Eine organische Erkrankung war auszuschließen. Beim Gehen baumelte der linke Arm nach vor- und rückwärts; der Mann hielt das linke Bein steif, im Knie gebeugt, trat hier nur mit den Zehen auf. Sensibilitätsstörungen fehlten. Abends wurde D. von einem Sanitätssoldaten beobachtet, wie er mit der linken Hand seine Pfeife stopfte und ohne „Kontraktur“ im Zimmer auf- und abging. Am 16./2. morgens wird der Mann, der am Bettrand sitzt, aufgefordert, das linke Bein zu heben, was er erfolglos versucht. „So heben Sie doch das linke Bein mit der Hand auf“! — und er vergißt sich und bewegt ausgiebig den gestern noch vollkommen lahmen linken Arm, um mit dessen Hilfe das Bein emporzuheben. Offene Erklärung, daß er ein Schwindler sei, Androhung schwerster Strafe, wenn er nicht sofort sein bisheriges Verhalten ändere. Er bestreitet jeden Simulationsversuch; nach einigen Übungen sind die „Krankheitserscheinungen“ vollkommen verschwunden, der Mann wurde noch am selben Tage geheilt und diensttauglich entlassen.

Fall 9. Der 40jährige Infanterist K. K. bot bei der Nachmittagsvisite am 21./2. folgenden Befund: Lebhaftes jammerndes Klagen über Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen, über Schwäche der Beine, Mattigkeit, Schlaflosigkeit; zahlreiche Druckpunkte (überall, bei jeder selbst leisen Berührung heftige Schmerzäußerung). Mühsam, unter Ächzen und Stöhnen setzt er sich im Bette auf, schleppt sich im Zimmer, an den Betten krampfhaft sich anhaltend, herum — ein Bild höchsten Jammers! Kaum eine halbe Stunde vorher hatte ich den Mann gesehen, wie er im fröhlichen Gespräch mit anderen Kameraden aufrechten und raschen Schrittes das Spitalstor passierte! Therapie: Isolierzelle, Fasten, Strafandrohung. Tags darauf (22./2.) beschwerdefrei und diensttauglich seiner Truppe überstellt.

Fall 10. Infanterist L. K. kam am 26./2. wegen hochgradiger Sehschwäche (Erblindung?) zur Aufnahme. Er gab an, bereits seit zwei Jahren schlecht zu sehen; seit mehreren Tagen sei er auf beiden Augen so gut wie blind, Ursache unbekannt. Der okulistische Befund (Doz. Dr. Ulbrich) war vollkommen negativ. Der Mann ging bei der Visite nur vorsichtig tastend durchs Zimmer, hielt die Augenlider bis auf einen ziemlich schmalen Spalt geschlossen. Bei Prüfung der Sensibilität (bei offenen Augen) wurde offenkundig stets falsch lokalisiert! Nachts ging der Mann, wie verläßlich beobachtet wurde, allein und vollkommen sicher aus dem Zimmer in den Gang (Abort) und fand bei der Rückkehr im dunkeln Zimmer sofort sein Bett wieder! Am 27./2. vormittags werden Sehprüfungen gemacht, die anscheinend vollkommene Blindheit ergeben. Ein dem Mann in den Weg





gestellter Sanitätssoldat wird von ihm brüsk überrannt, er fällt direkt auf ihn hin. Aussprache, Androhung schwerster Strafe, Isolierzelle, Fasttag. Abends meldet sich der Mann bereits gesund und bittet um seine Entlassung zur Kompagnie, weil er wieder vollkommen gut sehe. Erwähnt sei, daß der Fall bereits von Dr. Ulbrich richtig erkannt, aber mit Hinsicht auf eventuell vorliegende Hysterie uns überwiesen worden war. Soweit mir heute noch erinnerlich ist, hat Dr. Ulbrich mehrere Fälle von simulierter Blindheit, bzw. Amblyopie beobachtet.

Fälle 11 und 12. Der 24jährige Infanterist S. B. war am Ende August 1914 am linken Vorderarm (Weichteilwunde) verwundet worden, versah später den Dienst beim Kader und rückte am 18./12. 1915 wieder ins Feld ab. Auf dem Marsche zur Front meldete er dem Arzte, daß seine linke Hand über Nacht lahm geworden sei. Aufnahme 22./12. Alte Schußnarben am linken distalen Unterarmdrittel als Folge eines reaktionslos verheilten Weichteildurchschusses. Ausgesprochene Fallhand links, das Bild erinnert zunächst an eine Radialislähmung, erweist sich aber u. a. dadurch sofort als nicht organisch bedingt, daß die passiv dorsalflektierte Hand einige Sekunden in maximaler Streckstellung bleibt und erst dann rasch volarwärts fällt. Keine Atrophien, Sensibilität und elektrischer Befund normal. Verdächtig war ja die Art der Lähmung, die vermutlich wohl einer Spitalserfahrung zu verdanken war, das plötzliche Entstehen in der Nähe der Front — doch beides wäre ja auch bei psychogenen Zuständen denkbar. Mit B. wurde gleichzeitig ein Landsmann (österr. Serbe) und Kompagniekamerad, der 37jährige Landsturm-Infanterist J. C., aufgenommen, der einen ungemein schleppenden Gang bei recht hinfälliger Körperhaltung darbot, welche Störung er auf eine längst ausgeheilte Knochenfistel am rechten Unterschenkel (aus der Kindheit stammend) zurückführte. Auch C. hatte beim Kader anstandslos seinen Dienst versehen, die Übungen im Marschbataillon mitgemacht und war auf dem Wege zur Front erkrankt. Er verhielt sich bei der Untersuchung sehr abwehrend, zitterte „vor Kälte“ am ganzen Körper, hüllte sich, stets im Bette liegend, in mehrere Decken ein. Unsere Kranken waren damals zum Teil in den Zellen des Bezirksgerichtes in B. untergebracht, deren Türen mit Gucklöchern versehen sind. Ich selbst konnte mich nun am 25./12. abends überzeugen, wie B. die gelähmte Hand vollkommen unbehindert bewegte, wie C. nur mit Hemd und Hose bekleidet in dem ziemlich kalten Zimmer saß und dann bei meinem Eintritt zum Bett eilte! Beide wurden am nächsten Tag beschwerdefrei „rekonvaleszier“ und ihrer Truppe mit entsprechendem Berichte überstellt.

Im Anschlusse an die Simulation nervöser Krankheitszustände sei kurz erwähnt, daß wir die Simulation einer geistigen Störung nur in einem klinisch sichergestellten Fall beobachtet haben und es entspricht die große Seltenheit derartiger Beobachtungen durchaus unseren Friedenserfahrungen; in zwei weiteren Fällen — mit dem Bilde eines Blödsinnes und dem eines epileptischen Dämmerzustandes



— langt das Beobachtungsmateriale zu einer sicheren, kritikfesten Entscheidung nicht aus, so daß wir von der Anführung dieser Fälle absehen wollen. In der bisherigen Kriegsliteratur ist die Frage der Simulierung geistiger Störungen noch sehr wenig berücksichtigt; Steltzner erwähnt die Simulation von Blödsinn in zwei Fällen, Hübner eine geglückte Simulation von Melancholie; K. Singer betont in allgemeinen Ausführungen zur Frage der Simulation, daß eine Simulation geistiger Störungen etwas sehr Seltenes sei.[1])

Fall 13. K. H., 21 Jahre alt, wurde am 22./10. 1914 abends vom Festungsspital Nr. 3, wo er mehrere Tage in Pflege war, mit dem Berichte überstellt, daß er seit fünf Tagen wegen „rheumatischer Beschwerden" behandelt worden und heute gegen Abend plötzlich „geisteskrank" geworden sei; nach Aussage des Abteilungsunteroffiziers benahm sich H. bei der Aufnahme ruhig, gab auf alle Fragen zutreffende Antworten, bot in keiner Weise ein psychisch auffälliges Verhalten dar; bemerkenswert war, daß H. den Unteroffizier fragte, ob die Ärzte hier streng seien, auch bat er, in ein ruhiges Zimmer gebracht zu werden, wo keine gefährlichen Geisteskranken wären. Als der Unteroffizier ihm mitteilte, daß der Inspektionsarzt jetzt die Abendvisite machen werde, begann H. alsbald sein bisheriges durchaus freies und geordnetes Benehmen zu ändern, schnitt allerlei Grimassen, lachte dann den Arzt blöde an, rief: „Hier sind Russen, 300 Schritte weit, gleich werden sie schießen," kehrte sich dann ab und hüllte sich in die Decken ein.

23./10. H. hatte die Nacht gut geschlafen, war morgens wieder vollkommen klar. Als Dr. Formanek zur Visite kam, bot H. wieder den gleichen, anscheinend psychotischen Zustand, wie gestern dem Inspektionsarzt gegenüber: Grimassieren, blödes Lachen, geringe Fixierbarkeit, flüsternde Selbstgespräche, dann wieder Kommandorufe und militärische Befehle; nach der Visite verhält sich H. wieder ruhig und unauffällig. Ich sah den Mann etwa eine halbe Stunde später; er erzählte mir, daß er seit Kriegsbeginn viele Gefechte mitgemacht habe und an rheumatischen Beschwerden in den Beinen leide. Er macht auf mich einen psychisch vollkommen geordneten Eindruck, irgendwelche Andeutungen seines früheren Verhaltens waren nicht zu erkennen. Dr. Formanek und ich nahmen hierauf den Mann vor, hielten ihm das Widersprechende seines Verhaltens vor Augen und erklärten ihm ganz schroff, daß er ein Schwindler sei und

---

[1]) Während der russischen Besetzung Przemyśls habe ich mehrere Offiziere und Mannschaften dadurch vor dem Abtransporte nach Rußland bewahrt, daß ich sie nach vorheriger Belehrung als geisteskrank konsignierte; sie demonstrierten verschiedene psychotische Symptomenkomplexe, namentlich Stupor- und depressive Bilder und bestanden bei der Musterungsvisite durch einen russischen Fachkollegen ihre Prüfung mit vollem Erfolge, wodurch sie der Gefangenschaft entkamen.

nun wisse, was ihm bevorstehe. Daraufhin brach H., der noch zu Beginn der Untersuchung leicht grimassierte, in heftiges Schluchzen aus, bat uns um Verzeihung, „es ist ja fürchterlich, ich bin verloren, wenn die Kameraden erfahren, was ich für ein Verbrechen begangen habe.“ Er ließ sich nur schwer beruhigen und gab im folgenden Auskunft: Er sei von Kindheit an „nervös“, habe mit 14 Jahren Scharlach überstanden, sei immer schwächlich und anämisch gewesen; sehr mittelmäßige Schulerfolge. Am 16./10. 1914 sei er mit einer Patrouille auf Erkundigung gegangen, sei in heftiges Artilleriefeuer gekommen und während die andern den feuerbestrichenen Raum durchliefen, blieb er zurück, teils aus Furcht, teils aus Erschöpfung. Er hielt sich einige Stunden versteckt, fürchtete sich, wenn er ohne seine Kameraden einrücke, vor der Strafe; er begab sich nach Przemysl, ursprünglich in der Absicht, sich als Versprengter zu melden und fand schließlich wegen seiner rheumatischen Schmerzen, an denen er schon seit mehreren Wochen leide, im Festungsspitale Nr. 3 Aufnahme. Dort sollte er nach mehreren Tagen wieder entlassen werden und da er sich vor der Rückkehr zu seiner Kompagnie fürchtete, habe er auf Anraten eines Mitkranken simuliert. — Pat. machte körperlich einen leicht erschöpften Eindruck, schwächliche Konstitution; in geistiger Hinsicht handelte es sich um psychopathische Veranlagung mit Zügen von Debilität, weshalb wir auch von einer forensischen Behandlung des Falles Abstand nahmen und der Bitte des Mannes um Überstellung zu seiner Truppe nach einigen Tagen entsprachen.

Der Hauptgruppe der hysterischen Krankheitsformen (147 Fälle) steht eine kleine Anzahl von 24 Beobachtungen gegenüber, die klinisch ein ausgesprochen neurasthenisches Gepräge aufweisen. Exogenätiologisch handelt es sich in 14 Fällen um Geschoßexplosionen, bzw. Ausharren im Granatfeuer, in den zehn übrigen um allgemeine seelische, zum Teil auch körperliche Kriegsstrapazen. — In nicht weniger als zwei Drittel der Fälle war eine neuropathische Konstitution nachweisbar. Die neurasthenischen Symptome bestanden im wesentlichen in Klagen über Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Herzklopfen, Mattigkeit und leichte Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit, Erschreckbarkeit, Empfindlichkeit gegen Geräusche; objektiv fanden sich auf psychischem Gebiete eine gewisse Schwerbesinnlichkeit, reizbar-depressive Verstimmung, mehrmals ein ausgesprochen ängstlich-timides Wesen, somatisch lebhafter Lidtremor, beschleunigte und leicht erregbare Herztätigkeit, Hyperidrosis, leichtes Zittern der Hände, Erhöhung der Sehnenreflexe. Ein wesentlicher Unterschied im klinischen Gepräge der einzelnen Fälle in Beziehung zu den verschiedenen äußeren Ursachen ließ sich nicht feststellen, vielleicht — soweit bei der relativ kleinen Anzahl der Beobachtungen

ein Urteil zulässig ist — ein Hervortreten der kardiovasalen und sekretorischen Störungen bei den Fällen nach Geschoßexplosion, namentlich in der ersteren Zeit der Beobachtung. Die Entfernung der Kranken aus der Schwarmlinie, Bettruhe, verbale Suggestion wirkten durchgehends auf den Verlauf sehr günstig ein und führten in den Fällen ohne nervöse Belastung zur vollkommenen Behebung der Beschwerden.

Fall 14. Oberleutnant J. K., 26 Jahre alt, erlitt am 5./12. durch eine in seiner Nähe erfolgte Schrapnellexplosion einen heftigen Schreck, versah aber ohne Unterbrechung den Frontdienst weiter. Früher stets frei von nervösen Beschwerden, litt er seither an Stirnschmerzen, an innerer Unruhe mit unbestimmten Angstgefühlen, Herzklopfen, zwangsweise auftretender Selbsterinnerung an das Geschehnis mit schreckhaften Befürchtungsvorstellungen, freudloser, gedrückter Stimmung bei zorniger Reizbarkeit, an Überempfindlichkeit gegen selbst geringen Lärm — Erscheinungen, die allmählich und stetig zunahmen, so daß er nach zwei Wochen vergeblichen Bemühens im Dienste zu verbleiben, sich krank meldete. Bei der Aufnahme fand sich: Druckschmerzhaftigkeit der Supraorbitalgegend, hochgradiger Lidtremor, intensives Nachröten und starke Durchfeuchtung der Haut, labile, beschleunigte Herztätigkeit, gesteigerte Sehnenreflexe. Unter Ruhe, Bädern, suggestiver Beeinflussung klangen die Erscheinungen nach vier Wochen vollkommen ab, Pat. kehrte zur Kompagnie zurück und versah beschwerdefrei seinen anstrengenden und verantwortungsvollen Dienst bis zur Übergabe der Festung.

Unter den psychogenen Neurosen im Kriege nehmen die **„Granatexplosionsneurosen“** eine hervorragende Stellung ein; namentlich ist ihre Pathogenese Gegenstand vielfacher Erörterungen gewesen, worüber die Arbeiten von Bonhöffer, Wollenberg, Karplus, Sarbó, Gaupp, Binswanger, Redlich-Karplus, Jolly, Schmidt, Mann, Meyer-Reichmann, S. Meyer orientieren, sowie die zahlreichen Allgemeinerörterungen und kasuistischen Beiträge die in den bekannten Birnbaumschen Sammelreferaten eingehend berücksichtigt sind. Unter dem Begriffe „Granatexplosionsneurosen“ verstehen wir die funktionell-nervösen Störungen, die nach Explosion von Artilleriegeschossen (Granate, Schrapnell, Mine) auftreten; die heute bereits fast allgemein übliche Bezeichnung „Granatexplosionsneurosen“ ist hinsichtlich der Art und näheren Umstände der Entstehung vollkommen unpräjudizierlich und der Benennung „Granatkommotion“ (Wollenberg) oder Granatkontusion (Gaupp), die unwillkürlich das mechanische Moment der Explosionswirkung in den Vordergrund stellt, vorzuziehen.



Unter 83 hiehergehörigen eigenen Beobachtungen erfolgte die Geschoßexplosion in 50 Fällen in nächster Nähe (hievon zwölfmal mit Verschüttung), in 33 in etwas weiterer Entfernung; in der Mehrzahl handelte es sich um Granatexplosionen meistens mittelschweren, bzw. schweren Kalibers. Verwundungen durch Geschoßteile kamen nur in fünf Fällen vor, sie waren ebenso wie die ab und zu beobachteten oberflächlichen Kontusionen umschriebener Körperstellen durchwegs leichten Grades.

Relativ selten — nur in 20 von 83 Beobachtungen — fanden wir bei den Fällen von Granatexplosionsneurose eine nachweisbare endogene Veranlagung, jedenfalls viel seltener als bei den Neurosen, die nach anderen Kriegsschädigungen entstanden sind; die Ursache hiefür dürfte wohl in der besonders mächtigen Einwirkung der Geschoßexplosion auf die Psyche gelegen sein, die hinsichtlich der hohen Intensität des Chokerlebnisses und der momentan gegebenen lebensgefährlichen Situation andere Kriegstraumen doch bei weitem übertrifft. Wir kommen damit zur wichtigen und vielumstrittenen Frage nach der Bedeutung der angeborenen krankhaften Artung des Nervensystems für das Zustandekommen der Granatexplosionsneurosen und der Kriegsneurosen überhaupt; es erscheint mir hiebei nötig, zunächst auf die Kriegserfahrungen anderer etwas näher einzugehen. Wohl die Mehrzahl der Autoren vertritt die Ansicht, daß eine neuropathische Anlage kein unbedingtes Erfordernis für das Zustandekommen der Kriegsneurosen ist, daß vielmehr früher gesunde Menschen unter der Einwirkung der großen Strapazen und namentlich der akuten übermächtigen Kriegstraumen (Granatexplosion) neurotisch werden können. Besonders klar und scharf hat sich zu dieser Frage Hoche geäußert: „Jeder Feldzugsteilnehmer ist infolge der schweren Kriegsstrapazen hysteriefähig", im gleichen Sinne Nißl („vorher ganz gesunde und normale Menschen können unter bestimmten Voraussetzungen in typisch hysterische Zustände verfallen") und Mann („jeder Gesunde kann vorübergehend hysterisch werden"). Von anderen Autoren, die diese Auffassung vertreten oder zum mindesten ihr nahestehen, nenne ich Nonne, Redlich, Karplus, Binswanger, Lewandowsky, Birnbaum, Marburg, Oppenheim, Aschaffenburg, Weygandt, Westphal, Donath, Sommer, Mohr. Bonhöffer hingegen fand in der überwiegenden Mehrzahl der Neurotiker psychopathische Konstitutionen und vertritt



die Ansicht, „daß die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ein Kriterium der degenerativen Anlage sei.“ Laudenheimer sah die größte Mehrzahl der Kriegsneurosen bei nervös Minderwertigen, auch Forster, Seelert, Böttger, Brückner fanden fast ausnahmslos eine neuropathische Vorgeschichte. Forster kommt sogar zu dem Schlusse, daß ein nicht nervös Veranlagter infolge der Kriegsstrapazen nie eine traumatische Neurose erwerben könne, ebenso betrachtet Seelert die Kriegsneurosen ausschließlich als pathologische Reaktionen eines psychopathischen Individuums auf das Erlebnis (reaktive Neurose nach Unfall). Jendrassik spricht die Neurose als den eigentlichen Beweis der hysterischen Veranlagung an und nennt sie ein „klassisches Versuchsergebnis“, das mehr beweise, als die beste Anamnese beweisen könnte. Nach Gaupp liegen bei den Neurotikern die Bedingungen ihrer Erkrankung in ihnen selbst, in der „angebornen psychophysischen Struktur“; nach ihm handelt es sich bei weitaus den meisten Kriegsneurosen um psychopathische Reaktionen auf eine relativ zu starke Belastung der seelischen Gesundheit. Auch E. Meyer hat sich im Laufe des Krieges der Bonhöfferschen Auffassung vollkommen angeschlossen und „die Voraussetzung einer Krankheitsanlage in jedem Falle“ zum unbedingten Erfordernis erhoben.[1])

Meine eigenen Kriegserfahrungen haben mich gelehrt, daß zur Entstehung einer Kriegsneurose, namentlich einer Granatexplosionsneurose es einer neuro-, bzw. psychopathischen Konstitution nicht notwendig bedarf. — Daß ein von Haus aus minderwertiges Nervensystem für die Einwirkung äußerer Schädlichkeiten einen locus minoris resistentiae abgeben kann, ist ja außer Zweifel; die Hauptsache aber liegt meines Erachtens nicht darin, daß jemand neuropathisch veranlagt ist, sondern wie er es ist[2]). Wir haben bereits bei Besprechung der endogenen Nervosität und der psycho-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Wollenberg (Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 16, S. 564, empfiehlt auf Grund eingehender anamnestischer Nachforschungen mit der Annahme hysterischer Dauerformen ohne Endogenie sehr vorsichtig zu sein.

[2]) Oppenheim spricht von „einer psychopathischen Höherwertigkeit bei Individuen, die nach ihrer intellektuellen und besonders nach ihrer ethischen Anlage sich mehr oder weniger über den Durchschnitt erheben und bei denen diese Anlage aus der psychopathischen ihren Ursprung herleitet“. (Neur. Zentr. Bl. 1917, Nr. 19.)

pathischen Konstitution darauf hingewiesen, daß so manche Psychopathen allen Anforderungen des schweren Felddienstes vollauf gerecht geworden sind, ja nicht wenige sich durch hervorragende Leistungen ausgezeichnet haben; gibt es doch gewisse Formen psychopathischer Konstitution, für die die seelischen und körperlichen Strapazen gewiß nicht mehr bedeuten wie für geistig und somatisch vollwertige Menschen; ich sehe dabei ganz ab von jenen Landsknechtsnaturen (Stelzner) und ethisch Defekten (Plattenbrüder), die im Kriegsdienst eine Befriedigung ihrer abenteuer- und gefahrlüsternen Strebungen finden. Um nur ein klassisches Beispiel anzuführen:

Ein mir persönlich bekannter Arzt, der erblich schwer belastet ist, seit Jahren an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Stimmungswechsel leidet, saß mit anderen Kameraden in einem kleinen ruthenischen Bauernhäuschen knapp hinter der Stellung bei Tische, als eine Granate in der nächsten Nähe des Hauses einschlug und dasselbe schwer beschädigte; bevor sich noch die anderen von dem Schreck erholt hatten, saß der Arzt bereits im benachbarten Häuschen und trank in Seelenruhe seinen schwarzen Kaffee zu Ende! —

Dürfen wir bei Betrachtung solcher Fälle — und sie sind gewiß nicht so selten — aus der stoischen phlegmatischen Ruhe des Betreffenden auf die Güte seines Nervensystems schließen? Gewiß nicht, es gibt eben auch kriegstaugliche Psychopathen: ihnen steht die Gruppe der ängstlich-depressiven Konstitutionen gegenüber, die schon bei der Einstellung zur Truppe, in der Ausbildungszeit oder in den ersten Tagen an der Front erkranken. Unser Material weist zahlreiche derartige Beobachtungen auf, wie ja Ähnliches in der Literatur bereits berichtet wurde; ich verweise nur auf die Erfahrungen Binswangers über die relative Insuffizienz konstitutioneller hysteropathischer Veranlagung gegenüber ganz geringen Kriegstraumen. Es gibt ferner Menschen, die keinerlei Anzeichen einer neuropathischen Konstitution aufweisen und die trotzdem zufolge ihrer Gemütsveranlagung auf die Kriegsstrapazen und seelischen Kriegstraumen ganz verschieden reagieren werden, sonnige und ernste, erregbare und stumpfe Naturen; sie liegen aber noch in den physiologischen Breiten psychischer Veranlagung. Bei seelisch zarten, empfindsamen Naturen, denen der Krieg an sich ein Greuel ist, die aber, von echt vaterländischem Geist durchdrungen, ehrlich bemüht sind, ihre Pflicht vollauf zu versehen, werden die schlummernden, bzw. unterdrückten Abwehrvorstellungen eine sonst



physiologisch ablaufende Schreckwirkung pathologisch fixieren oder verstärken können! Insoferne stimmen wir Gaupp bei, daß die psychische Eigenart — die seelische Struktur — hinsichtlich der Entstehung der Kriegsneurosen eine große Rolle spielt, ohne daß wir aber deshalb stets von einer neuropathischen Konstitution sprechen müssen, der wir doch im Kriege keine weiteren Grenzen zubilligen können als wie bisher im Frieden.

Daß sich die einzelnen Nationalitäten Österreich-Ungarns den Kriegstraumen gegenüber verschieden widerstandsfähig zu erweisen scheinen, wurde bereits von Pilcz, Schneider hervorgehoben, auch Gaupp fand Ähnliches bei den einzelnen Stämmen des Deutschen Reiches. Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen, die sich ja allerdings zur Beurteilung dieser Frage auf ein relativ kleines Materiale stützen, habe ich in Übereinstimmung mit Pilcz, Schneider den Eindruck gewonnen, daß der österreichische Slawe neurotisch anfälliger ist als der Deutsche und Magyare; hingegen konnte ich einen nennenswerten Unterschied zwischen Deutschen und Magyaren, wie ihn Schneider fand, nicht feststellen. Unter den Slawen sahen wir relativ häufig Tschechen, Slowaken und Polen, ungleich seltener Kroaten und Bosniaken neurotisch reagieren[1]). Wie sich die nationale Disposition gegenüber den Kriegstraumen bei den Russen, die so verschiedene Volkselemente in sich begreifen, verhält, werden wir ja vermutlich nach dem Kriege hören; aus der Zeit meiner Gefangenschaft ist mir die relative Seltenheit von Kriegsneurosen bei russischen Soldaten — ich hatte damals viele Hunderte Verwundete und Kranke in Behandlung — noch gut erinnerlich. Ganz allgemein möchte ich übrigens hier noch kurz erwähnen, daß ich einen wesentlichen Unterschied zwischen der ländlichen und städtischen Bevölkerung hinsichtlich der Widerstandsfähigkeit gegenüber den Kriegstraumen nicht beobachtet habe.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Man wird bei Beurteilung der zahlenmäßigen Zusammensetzung des Materiales nach Nationen nicht vergessen dürfen, daß bei dem eigenartigen Aufbau des alten österreichischen Staates aus verschiedenen Nationen auch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß im Einzelfalle psychische Unterströmungen aus der politisch-nationalen Einstellung der Persönlichkeit stammend die Neurosebereitschaft fördern konnten. In ähnlichem Sinne hat sich kürzlich v. Wagner-Jauregg in einem in Wien gehaltenen Vortrag mit Beziehung auf die große Beteiligung der Tschechen an Neurosen geäußert und hiefür bereits durch frühere Beobachtungen lehrreiches Materiale gebracht.



Nach meinen Erfahrungen wird die neuropathische Anlage hinsichtlich ihrer ursächlichen Bedeutung für die Kriegsneurosen entschieden übertroffen von der durch die Kriegsstrapazen erworbenen nervösen Konstitution, wie dies ja auch in den angeführten Äußerungen von Hoche, Nißl, Mann klar zum Ausdrucke kommt; vielleicht etwas zu weitgehend, aber in gewissem Sinne doch zutreffend hat sich Wittermann geäußert: „Ob früher nervös oder nicht — schließlich wird jeder im Kriege nervös.“ Wollenberg betont ebenfalls die ursächliche Bedeutung psychisch-nervöser Einstellung durch Erschöpfung, Entbehrung und insbesondere durch aufregende Erlebnisse kurz vor dem akuten Trauma. Nonne mißt namentlich körperlichen Strapazen eine wichtige ursächliche Rolle bei. Mann weist mit Recht darauf hin, daß Soldaten, die nach jahrelangem Frontdienst im Anschluß an ein Trauma an einer Neurose erkranken, doch nicht minderwertige Schwächlinge sein können!

Unsere Fälle betrafen im Gegensatz zu den Beobachtungen E. Meyer-Reichmanns in der weit überwiegenden Mehrheit Soldaten, die bereits längere Zeit im Felde waren, schon mehrere Gefechte und zahlreiche Strapazen überstanden hatten; Fälle mit zwei-, ja dreimaliger früherer Verwundung waren unter ihnen gar nicht so selten zu finden. Man hat von einer Gewöhnung an den Krieg gesprochen und anderseits gerade in dem neuen und fremdartigen der Geschoßexplosion ein ursächliches Moment erblickt. Daß die Soldaten durch die allmähliche Gewöhnung an das Leben und die Gefahren im Schützengraben, namentlich an die Wirkungen der Minen- und Granatexplosionen späteren psychischen Traumen wesentlich ruhiger gegenüberstehen als der Neuling im Schützengraben, trifft ja sicherlich in den meisten Fällen zu; aber dieses Anpassungsvermögen an das seelisch und physisch strapaziöse Leben ist im allgemeinen von einer zeitlich begrenzten Wirkung, da sich schließlich bei vielen Frontsoldaten nach längerem Kriegsdienste eine gewisse Schwächung der nervösen Spannkraft und Widerstandsfähigkeit einstellt, besonders auch dann, wenn mit Erteilung der Heimatsurlaube nicht rationell vorgegangen wird. Es folgt auf die Gewöhnungsperiode mit relativer Gleichgültigkeit und Toleranz gegenüber den Einwirkungen feindlichen Artilleriefeuers ein Stadium nervöser Erregung und Spannung, in dem man den gefahrvollen Ereignissen gegenüber wesentlich empfindlicher wird.



Ein Kollege schilderte mir diese Wandlung, die er an sich selbst bemerkte, recht treffend. Als er sich an die an sich gefahrvolle Situation im Schützengraben gewöhnt hatte, ließen ihn die Einschläge, auch wenn sie in größerer Nähe erfolgten, ziemlich kalt; wurde er nachts durch eine Geschoßdetonation aus dem Schlafe geschreckt, schlief er alsbald wieder fest ein. Nach zweijährigem ununterbrochenen Frontdienste merkte er allmählich eine gewisse Nervosität an sich, die sich immer mehr steigerte. Schon der Abschuß einer feindlichen Mine brachte ihn in eine ängstliche Erregung, die er früher niemals kannte; er schlief nachts unruhig, stand bei jedem lauten Geräusch auf, hielt es für einen Einschlag, brachte das Gefühl einer inneren Unruhe nicht mehr los.

Fassen wir unsere Ausführungen über die individuelle Disposition zusammen, so haben wir zu unterscheiden einerseits das endogene Moment, die angeborene neuropathische, bzw. psychopathische Konstitution, die in vielen Fällen vollkommen fehlen kann, anderseits die ungleich häufiger zu findende erworbene nervöse Bereitschaft, die durch länger andauernde, mehrminder durchschnittliche Kriegsstrapazen hervorgerufen werden kann (chronische emotionelle Spannung), die aber auch durch dem eigentlichen schädigenden Trauma unmittelbar vorhergegangene seelische und körperliche Überleistungen (aufregende Erlebnisse, durchwachte Nächte, Gewaltmärsche) akut entstanden sein kann (momentane Disposition). Jedes dieser disponierenden Momente für sich, namentlich aber ihre Kombination ist geeignet, die persönliche Grundlage für die Entstehung einer Neurose abzugeben; inwieweit die angeführten dispositionellen Momente im Einzelfalle vorhanden, bzw. maßgebend sind, muß die genaue Analyse des Einzelfalles ergeben. Strümpell sagt treffend: Jeder einzelne Fall psychogener Erkrankung bedarf eigentlich einer besonderen Psychoanalyse.

Das klinische Bild der Granatexplosionsneurosen ist, wenn wir unsere eigenen und die Fälle aus der Literatur betrachten, dem Wesen der Erscheinungen nach ein ziemlich einheitliches; es handelt sich vorwiegend um hysterische Zustandsbilder, teilweise vermischt mit neurasthenischen Symptomen. Die Symptomatologie der einzelnen Fälle ist aber ungemein reichhaltig und vielgestaltig, namentlich bei den hinsichtlich ihrer Häufigkeit weitaus an erster Stelle stehenden oligo-symptomatischen Formen, die wiederum durch das Überwiegen motorischer Erregungs- und Hemmungserscheinungen ausgezeichnet sind. So sehen wir Bilder von Mutismus, Taubstumm-

heit, Aphonie, Tic, Torticollis, Ptosis, Tremores, Klonismen, Lähmungen und Paresen, Astasie-Abasie, Kontrakturen, pseudospastische Parese mit Tremor, hysterische Anfälle. Im Bilde der neurasthenisch-hysterischen Mischformen treten die Tremorerscheinungen sowie auch bei den neurasthenischen Symptomenkomplexen die vasokardialen Störungen anscheinend häufiger und intensiver hervor, als bei den gleichen Formen nach anderen Kriegsschädigungen, wie Ähnliches u. a. auch Redlich-Karplus betont haben. Recht bemerkenswert ist, daß wir das uns aus der Friedenszeit her so geläufige Bild der sogenannten traumatischen Neurose, den neurasthenisch-hysterischen Symptomenkomplex mit hypochondrischer Färbung, in unseren Fällen von Granatexplosionsneurosen so gut wie vollkommen vermissen. Die Erfahrung Schmidts, daß nach Granatexplosion mehr körperlich hysterische, nach Minenexplosionen mehr seelische Störungen auftreten, konnte ich nach meinen Beobachtungen und in Übereinstimmung mit Gaupp nicht feststellen. Ein charakteristisches Krankheitsbild der Granatexplosionsneurosen gibt es nicht; mögen auch manche Symptome, bzw. Symptomenkomplexe im Anschlusse an Granatexplosionen häufiger auftreten, wie Stummheit, Taubheit, Taubstummheit, Nonne-Fürstner, sowie die bereits erwähnten Tremorerscheinungen und vasokardialen Störungen — im ganzen und großen sehen wir, wie unsere eigenen Beobachtungen einwandfrei zeigen, dieselben Symptome und Bilder auch nach anderen seelischen und somatischen Kriegsstrapazen auftreten, worauf wir bei Besprechung der Pathogenese noch näher eingehen werden. Die Bezeichnung „Granatexplosionsneurosen" gilt nur im Sinne der ätiologischen Determinierung, worunter als Sammelbegriff die nach Granatexplosionen auftretenden funktionell-nervösen Zustandsbilder zu verstehen sind.

Von vielen Autoren wurde bei den Granatexplosionsneurosen das gleichzeitige Bestehen organischer Störungen des zentralen Nervensystems, namentlich in der ersten Zeit nach der Entstehung beobachtet; so von Redlich-Karplus, Cassierer, Henneberg, Binswanger, Jolly, Oppenheim, Hauptmann, J. Bauer[1]), Schüller; Aschaffenburg, Meyer-Reichmann fanden sie

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Weitere lehrreiche Beiträge bringt J. Bauer in seiner Arbeit über Rückenmarkserschütterung (Wiener med. Wochenschrift 1917, Nr. 46/47).



sogar besonders häufig, letztere namentlich bei den monosymptomatischen Formen der Hysterie. Redlich-Karplus stellten fest, daß die gefundenen organischen Affektionen mit Vorliebe einen spinalen Typus aufweisen und daß stets wirklich schwere mechanische Traumen eingewirkt haben. v. Sarbó behauptet, daß man in den Fällen von Granatfernwirkungen, wenn man sie in ihren ersten Anfängen neurologisch untersucht, zwar leichte, vorübergehende, aber durchaus organische Symptome findet, die wegen ihres kurz dauernden Bestandes vom Neurologen im Hinterlande nicht mehr beobachtet werden können; v. Sarbó ist bekanntlich Vertreter einer Theorie „mikrostruktureller“ Veränderungen; er nimmt an, daß das Nervengewebe infolge der durch die Granatexplosion gesetzten anatomischen Schädigung „im Anfangsstadium des klinischen Bildes feine organische Zeichen aufweist und mit funktionellen Erscheinungen ausklingt“. v. Sarbó hat seine Fälle einige Tage nach dem Verschwinden der Bewußtseinstrübung untersucht und hiebei organische Ausfallserscheinungen gefunden.

Im Gegensatze zu diesen Erfahrungen muß ich betonen, daß ich trotz eingehender und wiederholter Prüfung in keinem meiner sämtlichen Fälle von Granatexplosionsneurosen — abgesehen von organischen Gehör-, bzw. Labyrinthstörungen in einigen Fällen — Anzeichen einer organischen Herderkrankung im Gehirn oder Rückenmark (Fehlen, bzw. Deformierung von Hautreflexen, Steigerung oder Abschwächung der Sehnenreflexe, Differenz in der Auslösbarkeit derselben, Motilitäts- oder sensible Störungen) gefunden habe, wobei ich wiederhole, daß ich die überwiegende Mehrzahl der Fälle noch in ihrem Anfangsstadium, zum Teil noch im Chokzustande gesehen und Wochen hindurch fortgesetzt beobachtet habe. Nur in zwei Fällen beobachtete ich isolierte Störung der Harnentleerung (Incontinentia, bzw. retentio urinae), die unmittelbar nach einer Granatverschüttung aufgetreten waren und nach drei, bzw. acht Tagen bei Bettruhe vollkommen abheilten; in keinem der beiden Fälle hatte früher eine ähnliche Störung bestanden. Die Untersuchung der Kranken — 14 Stunden nach erlittenem Trauma, das mit kurzdauernder Bewußtseinstrübung einhergegangen war — ergab weder irgendwelche andere Zeichen einer organischen Schädigung des Gehirns, bzw. Rückenmarkes, noch Erscheinungen einer Neurose. Ich lasse die Frage offen, ob es sich um eine mechanogene organische Blaseninsuffizienz (im Sinne einer Contusio spinalis, Schüller)



gehandelt hat oder um eine psychogene Störung, wie derartige Fälle monosymptomatischer Hysterie erst kürzlich von J. Bauer, Mann beschrieben worden sind [1]).

Hinsichtlich der Pathogenese der Neurosen nach Granatexplosion, bzw. der Kriegsneurosen überhaupt lehren uns die eigenen Beobachtungen in Übereinstimmung mit der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Autoren, daß sie psychischen Ursprungs sind, wobei es sich, wie die Analyse der einzelnen Fälle ergibt, teils um die unmittelbare Folge des psychischen Traumas, teils um die Mitwirkung mehrminder affektbetonter Vorstellungen handelt. Bonhöffer hat als erster eine Pathogenese der „Granatexplosionslähmung" gegeben, wobei er das Symptomenbild als die Erscheinungen der gewöhnlichen Schreckwirkung kennzeichnete, deren Fixierung durch unbewußte Wünsche erfolgt. Das die Geschoßexplosion begleitende psychische Chokerlebnis, dessen Intensität von der Schwere des Geschoßkalibers und der Nähe der Explosion abhängig ist, stellt ein mächtiges seelisches Trauma dar, das jedenfalls an sich geeignet ist, nervöse, bzw. psychische Störungen hervorzurufen. Außer diesem elementaren Schreckaffekt der Granatexplosionswirkung kommt aber noch eine Reihe anderer, aus der momentanen Kriegssituation sich ergebender Affekte, die auf das Nervensystem pathogen einwirken können, in Betracht, so lebhafte Angstgefühle beim Ausharren im Granatfeuer, Entsetzen und Grauen beim Anblick schwerverwundeter Kameraden, bange Erwartung des bevorstehenden Kampfes; alle diese Affekte können zur Entwicklung teils unbewußter, teils mehrminder bewußter Befürchtungsvorstellungen Anlaß geben, die letzten Endes auch den Wunsch in sich bergen, sich den Gefahren der Beschießung, bzw. den verschiedenen seelischen und körperlichen Kriegsstrapazen zu entziehen. Nach Förster liegt der eigentliche fixierende Faktor im Trieb zur Selbsterhaltung, zur Erlangung von Vorteilen, den er im Sinne Kraepelins als unbewußten, phylogenetisch immanenten Instinkt auffaßt, auf den die (bewußten,

[1]) Auch Bonhöffer — Granatfernwirkung und Kriegshysterie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 42. Bd., 1917. 1. H. — hat in keinem der Fälle von Zittern, Taubstummheit und Astasie, die B. 12 bis 24 Stunden, nachdem sie aus dem Feuer eingebracht worden waren, untersucht hat, zerebrale oder spinale Symptome (Babinski, Nystagmus, Hirnnervenparesen usw.) beobachtet, anderseits wiederholt organische Benommenheitszustände, Trommelfellzerreißungen, Nystagmus ohne Zitterzustände gesehen!



Begehrungsvorstellungen höchstens auslösend wirken. In ähnlichem Sinne spricht Mohr von einer „unbewußten und gerade deshalb nicht beherrschbaren triebartigen Regung, einer instinktiv häufig genug nur unter starkem Drucke sich durchsetzenden Abwehrreaktion der stark unlustbetonten Vorstellungen". Ich kann der Behauptung Oppenheims, daß die Wirksamkeit von Wünschen und Begehrungseinflüssen bei der Entstehung der Granatexplosionsneurosen in den meisten Fällen auszuschließen ist, weil die Störung zu rasch und zu gewaltig in Erscheinung tritt, nicht beipflichten, meine Erfahrungen lehrten mich im Gegenteil, daß bei vielen Soldaten solche geheime oder aktuelle Wünsche bereitliegen, die zur Fixierung, bzw. Rezidivierung der nervösen Schreckwirkung führen, wie dies auch von zahlreichen Autoren — ich nenne hier nur Bonhöffer, Lewandowsky, Gaupp, Nonne, Cimbal, Sänger, Redlich, Raimann — angenommen wird. Es wird sehr wenige Soldaten geben, die, einer schweren Beschießung ausgesetzt, in ihrem Innersten vollkommen gleichgültig bleiben, wenn sie auch dessenungeachtet — dank ihrem Pflichtgefühle — die größten Heldentaten vollbringen können; aber von dem Wunsch, aus einer gefahrvollen Situation (Grabenposten bei Trommelfeuer!) gesund und möglichst bald herauszukommen, dürfte wohl keiner frei sein! Solche Wunsch- und Befürchtungsvorstellungen sind keineswegs als moralisch minderwertig zu kennzeichnen, sie haben mit einer „Drückebergerei" absolut nichts zu tun, sie sind vielmehr als normale Reaktion der Gesunden auf gefahrvolle Situationen anzusehen (Wittermann, Hauptmann)[1].

Ich erinnere mich noch recht gut der unangenehmen Situation, in der wir uns befanden, als unser Spital in Przemysl am 7. u. 8./10. 1914 unter schwerem Artilleriefeuer der Russen lag; wir hatten damals mehrere Tote und Verwundete. Einige der von Haus aus nervösen Kollegen reagierten ziemlich schwer auf die Beschießung, aber auch Gesunde hatten zu tun, um sich im Gleichgewicht zu halten, zumal in und zwischen Häusern explodierende Granaten einen fürchterlichen Lärm verursachen und ja auch die Gefahr besteht, von zertrümmertem Mauerwerk getroffen zu werden. Während der gemeinsamen Mittagmahlzeit, die wir wie sonst im obersten Stockwerk eines Pavillons einnahmen, erfolgten mehrere Einschläge ins Spital; im Gegensatze zur sonstigen Geselligkeit verlief diese

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Spätere einschlägige Arbeiten von Schneider (Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 39. Bd., H. 4/5). Willner (ibidem 42. Bd., H. 1/2).



Mahlzeit ziemlich ruhig, es wurde auch von vielen weniger gegessen — auf uns allen lag ein gewisser Druck, ein banges Gefühl der Erwartung, und wohl jeder wünschte sich im stillen ein möglichst baldiges Aufhören der Beschießung. Als besonders unangenehm wurde auch von uns empfunden das Bewußtsein vollkommener Passivität bei durchaus ungenügenden Schutzvorrichtungen.

Wittermann schildert die normal-psychologische Wirkung einer Beschießung ganz richtig, wenn er sie als eine Art Erschöpfungszustand beschreibt; dies trifft namentlich zu bei länger andauernder oder sehr intensiver Beschießung, wie wir dies bei der dritten Belagerung der Festung durch unsere eigenen und deutschen Truppen an uns selbst erlebten. Einerseits wird eine gewisse Spannung gesetzt, ein drückendes, unfreies Gefühl ausgelöst, eine reizbare Verstimmung, Überempfindlichkeit gegen Geräusche bei Neigung zur Verkennung derselben im Sinne der Geschoßexplosionen, Behinderung der psychischen Konzentration, anderseits kommt man über ein Gefühl der Ermüdung (häufiges Gähnen!), des Abgeschlagenseins der Glieder (Gefühl der Schwere in den Beinen), ein erhöhtes Ruhe- und Schlafbedürfnis nicht hinaus, obwohl der Schlaf, solange der unsichere Zustand, die Gefahr der Beschießung besteht, in der Regel kein fester ist. Es handelt sich demnach mehrminder um ein akutes neurasthenisches Zustandsbild mit den charakteristischen Erscheinungen der Reizbarkeit und Schwäche, das mit dem Wegfall der bedrohlichen Situation, falls diese nicht besonders lange bestanden und hiedurch schwerer erschöpfend gewirkt hat, innerhalb kürzester Zeit schwindet.

Die Granatexplosion ist sicherlich an sich etwas Urplötzliches, aber, wie Wittermann sehr richtig bemerkt hat, „der erste Schuß trifft nicht;“ man hört das Heulen der herankommenden Geschosse, jeder sucht sich, je nachdem es ihm die Situation erlaubt, zu decken, man beobachtet mit Spannung den Einschlag der Geschosse, erforscht die Richtung, aus der sie kommen. Es geht also in den meisten Fällen — abgesehen von allfälligen aus früheren ähnlichen Episoden herstammenden Befürchtungsideen — dem akuten Explosionschok eine momentane situationsgemäße Gemütserregung voraus, die der Entwicklung neuer, auf das unmittelbar bevorstehende Trauma eingestellter Abwehrvorstellungen genügend Raum gewährt. Könnten wir also nach dem bisher Gesagten es uns ohneweiters erklären, daß ein Mann aus einem mit Bewußtlosigkeit einhergegangenen

Explosionschok mit den Erscheinungen einer Neurose erwacht, so wissen wir erfahrungsgemäß weiterhin, daß die initiale Bewußtlosigkeit (auch die psychogenen Ursprungs) viel seltener vorkommt, als sie berichtet, bzw. ärztlich angenommen wird; so sind mir selbst Leute untergekommen, die angaben, vom Ort der Explosion „bewußtlos" weggetragen worden zu sein, während sie tatsächlich bis zum Hilfsplatz marschiert waren. Eine initiale Bewußtlosigkeit infolge zerebraler Kommotion war überhaupt nur in acht Fällen nachweisbar, bzw. anzunehmen, in der überwiegenden Mehrzahl war sie, wenn vorhanden, eine psychogene, bzw. vasokardiale Ohnmacht[1]); zur Unterscheidung der kommotionellen Bewußtlosigkeit von der psychogenen hat bekanntlich v. Wagner-Jauregg auf das Verhalten der Erinnerung (retrograde Amnesie bei commotio cerebri) als maßgebend hingewiesen. Wiederholt wurden uns Granatchokfälle laut ärztlichem Berichte noch in „bewußtlosem" Zustande, zum Teil als Commotio cerebri überstellt, während es sich in Wirklichkeit um hysterische Reaktionen auf das Erlebnis, um hysterische Stuporbilder handelte, wie Ähnliches auch Raecke auf Grund seiner Beobachtungen auf einem Hauptverbandplatze berichtet hat. Bei der Annahme einer initialen Bewußtlosigkeit ist daher im allgemeinen große Vorsicht geboten; ich habe bei Untersuchung frischer Fälle wiederholt die Erfahrung gemacht, daß die Kranken in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes alle Fragen nach den näheren Umständen des Explosionsereignisses dahin beantworten, daß sie nichts davon wüßten, weil sie „bewußtlos" gewesen wären, während sie später eine eingehende Darstellung des Hergangs des Ereignisses gaben, die bewies, daß eine Bewußtlosigkeit unmittelbar nach dem Trauma nicht stattgefunden hatte, ja daß es sich manchmal überhaupt nur um ein einfaches Ausharren im Granatfeuer bei weiterer Lage der Einschläge gehandelt hatte. Die anamnestischen Erkundigungen werden im frontnahen Beobachtungsraum durch die Möglichkeit persönlicher Nachforschung bei der Truppe wesentlich erleichtert, während im Hinterlande die Kontrolle der von den Kranken gegebenen Explosionsanamnese meistens fehlt, ja manche Granate dürfte, wie v. Wagner-Jauregg einmal bemerkte, überhaupt nur in der Anamnese des Kranken explodiert sein, wie Ähnliches auch mir in drei Fällen

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Diese Erfahrung finden wir u. a. auch bestätigt bei Jakob (Münchner med. Wochenschr. 1918, Nr. 34).

untergekommen ist. Liegen in manchen Fällen bewußte Übertreibung und wahrheitswidrige Angaben über die Entstehung der Neurose vor, wie dies Wilmanns sogar recht häufig fand, so haben wir anderseits auch mit der Möglichkeit echter Erinnerungsfälschungen (Hereinbeziehung früherer ähnlicher Erlebnisse) zu rechnen. Gaupp erwähnt hinsichtlich der initialen Bewußtlosigkeit bei Granatexplosionsneurosen, daß sie oft erst nach Minuten und Stunden eintritt, nachdem die allgemeine Gefahr überwunden und „ihre ganze Größe dem reflektierenden Bewußtsein des zunächst ruhigen und ganz besonnenen Soldaten erst völlig klar wurde".

Dadurch, daß wir die meisten Fälle schon kurze Zeit nach ihrer Entstehung sahen, hinsichtlich anamnestischer Daten mit den Truppenärzten oft in unmittelbarer Fühlung standen, waren wir in der Mehrzahl der Fälle — namentlich zur Zeit des Stellungskrieges sowie in der Festungszeit — in der Lage, uns über das zeitliche Auftreten der ersten krankhaften Erscheinungen Gewißheit zu verschaffen. Und da finden wir — in Übereinstimmung mit Hauptmann — daß in der Mehrzahl der Fälle (60%) sich die neurotischen Störungen nicht unmittelbar an das Chokerlebnis anschließen, sondern meistens erst mehrere Stunden, in einigen Fällen sogar ein bis zwei Tage nach ihm auftreten. Viele kommen noch allein in den nächsten schützenden Unterstand oder gar zu dem mehrere hundert Schritte rückwärts gelegenen Hilfsplatz, ja bei besonders kritischer Situation — Bedrohung des eigenen Grabens durch feindliche Besetzung — liegen Beobachtungen vor, daß Leute, die im Laufschritt flüchteten und erst später das Bild einer Neurose boten. Ich selbst habe, als ich mich anläßlich der heurigen Juli-Offensive der Russen eines Tages bei einer einige Kilometer hinter der Front postierten Mörserbatterie aufhielt, Soldaten mit dem Diagnosetäfelchen „Granatchok" unmittelbar aus dem Gefechtsfelde zu Fuß marschieren gesehen und sie wenige Stunden später in einer bereits außerhalb des feindlichen Artilleriebereiches liegenden Krankensammelstation als schwere Motilitätsneurosen, darunter Fälle von echtem Nonne-Fürstner, wieder getroffen. Hauptmann spricht von einer Latenzzeit zwischen traumatischem Vorgang, bzw. Erlebnis und den neurotischen Störungen, in der es zur unbewußten Weiterverarbeitung der emotionellen Momente kommt; daneben dürften meines Erachtens auch bewußte psychische Vorgänge, so angstbetonte Vorstellungen reichlich mitwirken.



Ein weiterer, wesentlicher Beweis für die psychogene Grundlage der Neurosen nach Granatchok ist darin gegeben, daß wir dieselben klinischen Bilder auch dann finden, wenn eine mechanische Erschütterung durch die Explosion überhaupt nicht in Frage kommt, so bei weiterab liegenden Einschlägen, ferner nach akuten Gemütserregungen (Nahkampfszenen) und auch dann, wenn ein akutes seelisches Trauma ursächlich überhaupt nicht in Betracht kommt. Nonne hat besonders darauf hingewiesen, daß dieselben Bilder wie nach Granatexplosion nach körperlichen Strapazen, Infektionskrankheiten — ohne vorhandene Disposition — entstehen können, also nach somatischen Traumen, die psychisch und ideogen wirken; Nonne steht wie Gaupp auf dem Standpunkt, daß die Grenzen zwischen gewissen Formen der Hysterie und den Schreckneurosen keine scharfen sind. Auch Hauptmann hält die Trennung der Schreckneurose von der Hysterie, bzw. der traumatischen Neurose für undurchführbar, sowohl hinsichtlich der Symptome wie des Entstehungsmodus, während u. a. Horn, Birnbaum, Schultze, Rumpf, Donath für die klinische Sonderstellung der Schreckneurose eintreten. In dieser Frage ist für unsere ganze Stellungnahme zur Pathogenese der Schreckneurose ein Einblick in die einschlägige Kasuistik der Kriegsliteratur recht lehrreich: Ein schreckneurotisches Symptomenbild, das jedenfalls sehr häufig nach Granatexplosion beobachtet wird, ist die Stummheit; v. Wagner-Jauregg ist der Anschauung, daß man es hiebei wahrscheinlich mit dynamisch bedingten Veränderungen zu tun habe und daß es sich in Fällen von Stummheit infolge anderer Ursachen meistens um Imitation oder bewußte Täuschung handle. Die Erfahrungen anderer Autoren nun lehren uns, daß Mutismus nach recht verschiedenen äußeren Anlässen auftreten kann, so nach einem Traumerlebnis (Mann), auf dem Wege der Imitation (Mann), nach Marsch- und Erkältungsstrapazen (Nonne), nach Durchnässung (Uffenheimer), als Hitzschlagfolge (Bittorf). Es sahen ferner nach Durchnässung auftreten: Binswanger Schüttelkrämpfe, Nonne pseudospastische Parese mit Tremor; Neutra Abasie mit Tremor; Binswanger beobachtete Astasie-Abasie nach Otitis, Astasie mit Schüttelkrampf nach Rheumatismus, Zange sah psychogene Hörstörungen bei noch nicht ins Feld gerückten Soldaten.

Unser eigenes Material ergibt eine Reihe ganz ähnlicher Beobachtungen und erbringt den unwiderlegbaren Beweis dafür, daß



all das, was man als Neurosen nach Granatexplosion sieht, ebenso nach anderen seelischen und körperlichen Strapazen auftreten kann und symptomatologisch — in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle — sich im wesentlichen durch nichts von der Hysterie unterscheidet. Raimann hat ja hiefür recht interessante Beispiele — Friedensfälle in der Kriegszeit — gebracht. Wir sahen Mutismus nach Nahkampfszenen, nach einem schreckhaften Traumerlebnis, hysterische Pseudoptosis nach Choleraschutzimpfung, Torticollis nach Erkältung, Tic bei einem Austauschgefangenen, Extremitätenlähmungen nach Nahkampf. Erkältung, Marschstrapazen, Nonne-Fürstner nach Erkältung, erstmalige hysterische Krampfanfälle nach Marschstrapazen usw.; dasselbe gilt hinsichtlich der so verschiedenen Ätiologie von den neurasthenisch-hysterischen Mischformen und den neurasthenischen Zustandsbildern.

Fall 15. Mutismus nach einem Traumerlebnis. Der 22jährige Infanterist schildert den Vorgang schriftlich: „Wir standen in Reservestellung hinter Lir. . . ., und zwar die dritte Kompagnie. Wie ich schlafen ging, war ich vollkommen gesund, bin doch 18 Monate ohne Urlaub im Felde. Habe einen Traum gehabt, daß die Kosaken über uns hergefallen sind, ich habe mich gewehrt, damit sie mich nicht gefangen nehmen, da haben mir die Kosaken gesagt, sie werden mich totschlagen und einer ist über mich mit dem Säbel hergefallen, ich habe dabei geschrien und bin aufgewacht, hatte ein trockenes Gefühl im Halse und habe nicht mehr sprechen können.“ — Heilung durch Verbalsuggestion unter Zuhilfenahme eines frisch geheilten Falles von Stummheit in einer Sitzung, eintägiges aphonisches Übergangsstadium. Auf eigenes Verlangen wieder seiner Truppe überstellt, mehrwöchiger Urlaub empfohlen.

Fall 16. Hysterische Pseudoptosis und Amaurose nach Choleraimpfung. Ldst. Inf. M. B., 35 Jahre alt. Beiderseits Pseudoptosis, Amaurose rechts, hochgradige Amblyopie links; beim passiven Heben des Oberlides lebhafter Lidkrampf. Stirne in tiefe Querfalten gelegt, Kopf etwas nach rückwärts gebeugt; Anästhesie des ganzen Gesichtes mit Ausnahme der Bulbi und der Ohrmuscheln. Okulistische Untersuchung (Doz. Dr. Ulbrich) ergab negativen Befund. Auf Verbalsuggestion und zweimaliges Faradisieren mit leichten Strömen vollkommene Heilung. Pat. war am 1./11. 1914 gegen Cholera geimpft worden, wenige Stunden darauf habe sich bei ihm oben erwähnter Zustand eingestellt, wobei, wie er selbst angab, die damals unter der Mannschaft umlaufenden Gerüchte über schwere Erkrankungen (Erblindung) nach Choleraschutzimpfung bei ihm um so mehr vollen Glauben fanden, als er bald nach der Impfung Kopfschmerzen, Mattigkeit, Fieber bekam. — Der Fall bringt mir eine aus der Zeit der Poliomyelitis-Epidemie in Oberösterreich (1909) in Erinnerung; bei einem Dienstmädchen trat



damals über Nacht eine vollkommene schlaffe Lähmung des linken Armes mit regionär begrenzter Anästhesie auf. Die Analyse ergab, daß ein Töchterchen des Dienstgebers an einer schlaffen Lähmung des linken Armes infolge Poliomyelitis acuta erkrankt war und das Dienstmädchen anwesend war, als ich der Mutter des Kindes riet, ihre anderen Kinder wegen Ansteckungsgefahr von dem erkrankten Kinde fernzuhalten. Heilung durch Verbalsuggestion und schwachen faradischen Strom in drei Sitzungen; das Mädchen ist heute seit sieben Jahren als Maschinschreiberin ununterbrochen tätig.

Fall 17. Paroxysmaler Blepharospasmus — spontane Entstehung. A. M., 47jähriger Ldst. Arb., am 28./2. 1916 eingerückt als Kutscher zu einem Trainstaffel; im Zivil Schneider, früher stets gesund. Anfang Jänner 1917 traten zum ersten Male Anfälle von lebhaftem Blepharospasmus in der Dauer mehrerer Sekunden bis über eine halbe Minute auf, angeblich stets nur beim Aufenthalt im Freien („Lichtscheu"). Pat. bat deshalb wiederholt um Verwendung in seinem Zivilberufe. Ich versprach ihm letzteres, faradisierte ihn einige Male mit schwachem Strome; alsbald Heilung. Pat. ging zum Kader ab und wurde später ungeachtet meines Berichtes neuerlich zum Trainstaffel kommandiert. Wiederkehr der Blepharospasmus-Anfälle, neuerliche Aufnahme. Verwendung des Pat. als Schneider, andauernde Heilung.

Fall 18. „Spastische" Paraplegie der Beine nach Erkältung. Inft. L. O., 25 Jahre alt; seit fünf Jahren im Militärdienst, seit Kriegsbeginn an der Front, Winter 1915 wegen „Rheumatismus" mehrmonatige Spitalspflege, Heilung und Rückkehr zur Truppe. Ende März 1917 Erkältung durch stundenlanges Stehen im zum Teil mit Wasser angefüllten Schützengraben, zwei Tage später: vollkommene Lähmung beider Beine, bei gleichzeitig vorhandenen hochgradigen „Spasmen", die die Beine in Streckstellung fixieren und jedem Versuche einer passiven Beugung standhalten. Verbalsuggestion, starker Induktionsstrom. Heilung.

Wir haben bei den Erschöpfungsneurosen gesehen, daß psychische Momente auf den Verlauf dieser Zustände so gut wie ohne Einfluß bleiben, wie wir dies auch bei den „Kommotionsneurosen", worauf wir noch zu sprechen kommen, beobachten konnten; anders hingegen bei den rein psychogenen Symptomenkomplexen, bei denen die Wirksamkeit äußerer psychischer Einflüsse eine große Rolle spielt. Sowohl in der Festung wie später beim Feldspital konnte ich des öfteren beobachten, daß eine unsichere, bedrohliche Situation des Spitals auf die psychogenen Zustände in der Regel verschlimmernd einwirkte, ja in einigen Fällen, die kurz vorher „geheilt" waren, die Rückkehr der früheren Erscheinungen bedingte. Hieher gehören analog auch die Fälle, die nach erfolgter Heilung



anläßlich der Wiedereinstellung zur Kampftruppe mit dem früheren Symptomenbild rezidivieren.

So erinnere ich mich — um nur einen Fall aus mehreren herauszugreifen — eines typischen Nonne-Fürstner, der im Feldspital zur vollkommenen Heilung gelangt war, Wochen hindurch beschwerdefrei im Garten arbeitete und schließlich seiner eigenen Bitte zufolge wieder seiner Truppe, die in unserer Nähe in Stellung lag, überstellt wurde. zwei Tage später kam er mit vollentwickeltem Nonne-Fürstner ins Spital zurück; als Ursache des Rezidivs kamen Befürchtungsvorstellungen in Betracht, die bei dem Manne anläßlich der Beschießung seines Nachbarabschnittes aufgetreten waren.

Recht bezeichnend für das psychische Agens der Granatexplosionen und für den psychogenen Charakter der durch sie bedingten Neurosen ist auch folgender Fall:

Ein Mann kam am 2./7. 1917 zu Fuß zu dem etwa eine Viertelstunde hinter der Stellung gelegenem Hilfsplatz als „Granatchok", bot universelle, schwere Tremores, fiel „ohnmächtig" nieder; er erholte sich allmählich, konnte aber weder gehen noch stehen, blieb etwa eine Stunde auf einer Feldtrage liegen — als plötzlich der Hilfsplatz vom feindlichen Artilleriefeuer heimgesucht wurde! Kaum schlugen die ersten Granaten ein, war der Mann schon auf den Beinen und brachte sich, mehrere hundert Meter laufend, in Sicherheit, verfiel dann in einen stuporösen Zustand und bot alsbald ausgeprägte motorische Reizerscheinungen mit Astasie und Abasie!

Für die Bedeutung äußerer psychischer Einflüsse sprechen besonders überzeugend die Hypnose-Rekonstruktionen abgeheilter Kriegsneurosen, wie sie Nonne in einer Reihe von Fällen (u. a. Schütteltremor, spastisches Stottern, Taubstummheit) so glänzend gelungen sind.

Für die psychogene Entstehung der Granatexplosionsneurosen sowie der Kriegsneurosen spricht weiterhin die von zahlreichen Autoren festgestellte Tatsache, daß sie bei Verwundeten, namentlich Schwerverwundeten so selten zu finden sind (Horstmann, Nonne, Lewandowsky, Schuster, Gaupp, Singer, Hauptmann, Seelert, Mohr, Wilmanns, Lienau, Allers u. a.). Raimann hat im Kriege die Friedenserfahrung bestätigt gefunden, „daß die Hysterie namentlich dann einspringt, wenn die grobmateriellen Verletzungsfolgen dem Krankheitsbedürfnisse des Individuums nicht genügen."

Auch nach meinen mehr als dreijährigen Felderfahrungen unterliegt es keinem Zweifel. daß psychogene Störungen bei frisch



Verwundeten nur sehr selten zu finden sind, und zwar sieht man sie, wenn überhaupt, fast ausschließlich bei Leichtverwundeten.[1]) Ich habe an unserer feldchirurgischen Station im Laufe des Krieges viele Hunderte schwerer und schwerster Granatverletzungen gesehen, in vielen Fällen den Wundverlauf wochen- und monatelang beobachten können und stets hiebei nach psychogenen Störungen gefahndet; abgesehen von einigen Fällen mit leichten Verwundungen durch oberflächlich sitzende Granatsplitter, kann ich mich bei diesen Granatverletzungen nicht eines einzigen Falles von Taubstummheit, Stummheit, Lähmung, Tremor oder eines anderen Bildes von massiver Hysterie erinnern!

Auch bei Kriegsgefangenen kommen ja bekanntlich Neurosen nach Granatexplosion und Kriegsstrapazen auffallend selten vor; ich verweise diesbezüglich auf die Beobachtungen von Lilienstein, Horstmann, Bonhöffer, Mörchen, Mohr, Lust, Seige, Wilmanns, Fürnrohr, Pappenheim, Hörmann, Blencke, Imboden. Die meisten der Autoren sehen diese Tatsache begründet in dem endgültigen Wegfall jeder weiteren, unmittelbaren Kriegsgefahr, also aller jener Befürchtungsvorstellungen, die geeignet sind, psychogene Krankheitsbilder zu erzeugen, bzw. vorhandene Affektwirkungen steigernd oder fixierend zu beeinflussen; es besteht vielmehr bei den Kriegsgefangenen, wie Gaupp ganz richtig bemerkt hat und wie ich aus eigener Erfahrung — an mir selbst und an anderen — bestätigen kann, ein positiver Wille zum Gesundwerden und Gesundbleiben, ein durch die Situation geschärftes Gesundheitsgewissen (Kohnstamm).

Der Tag, an welchem die Russen in Przemysl einmarschierten, war wohl der traurigste, den wir in diesem Kriege erlebt hatten; waren doch all die Opfer, die die monatelange Belagerung erheischt hatte, umsonst gebracht, umsonst der Heldenmut der braven Soldaten, die, obwohl körperlich stark erschöpft und der bevorstehenden Gefangenschaft sich bewußt, selbst in den letzten Tagen vor der wegen Aushungerung unvermeidlichen Übergabe der Festung die wütenden Sturmangriffe der Russen vereitelt hatten. So sehr wir unter der depressiven Situation der Gefangenschaft litten, empfanden wir es anderseits doch als wohltuend, daß statt der Beschießung des Spitals, die uns in den letzten Tagen der zweiten Belagerung schwere Stunden bereitet hatte, für uns ein mehr

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Neuerliche Bestätigung durch die Beobachtungen von Boström (Med. Klin. 1917, Nr. 50); K. Singer (Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 9 und 12).



ruhiges, gefahrloses Leben eintrat, nach welchem sich begreiflicherweise im Momente der Gefahr jeder im geheimen oder bewußten gesehnt hatte. Ebenso wußte jeder von uns, daß ein Krankwerden in der Gefangenschaft viel Schlimmeres bedeutet als unter sonstigen Verhältnissen; jeder Gefangene hat doch hauptsächlich den einen Wunsch, der sein ganzes Sinnen und Trachten beherrscht, gesund zu den Seinen heimzukehren.

Daß der Fall der Festung und die hiedurch bedingte, eben besprochene Änderung der äußeren Lebensverhältnisse auf bestehende Kriegsneurosen heilend eingewirkt hat, konnte ich wiederholt selbst beobachten; zwei recht lehrreiche Fälle seien im folgenden kurz mitgeteilt:

Fall 19. Ltnt. L. B., 26 Jahre alt, stürzte am 18./12. 1914 im Granatfeuer plötzlich zusammen und wurde mit „Rückenmarkslähmung" einem Festungsspitale überbracht. Am 19./12. 1914 erhob ich folgenden Befund: Blasse Gesichtsfarbe, Augenlider leicht geschlossen, leidender Gesichtsausdruck, frequenter Puls. Mutismus, komplette Lähmung beider Beine und des rechten Armes; Anästhesie und Analgesie der Beine und des Rumpfes zirkulär in Brustwarzenhöhe sowie des rechten Armes in Schulterhöhe regionär abgrenzend. Blase und Mastdarm frei, Haut- und Sehnenreflexe erhalten. 22./12. Verbalsuggestion; Sprache kehrt am nächsten Tag zurück, deutliches Stottern durch mehrere Tage. Anfangs Jänner: Sprache vollkommen frei, auch Lähmung des rechten Armes behoben, während die Beinlähmung, abgesehen von leichter Zehenbewegung unverändert ist. Pat. wurde in ein anderes Spital transferiert, ich verlor ihn aus den Augen und sah ihn zufällig wieder am 18./3., wenige Tage vor dem Falle der Festung, wie er, auf zwei Krücken gestützt, mühsam durch ein Krankenzimmer humpelte. Am 29./3. 1915 teilte mir sein behandelnder Arzt mit, daß der Zustand des Pat. nach dem Fall der Festung sich sichtlich gebessert habe und daß seit gestern „über Nacht" alle Erscheinungen vollkommen verschwunden seien; ich konnte mich hievon selbst überzeugen und erfuhr auch den Grund der so plötzlichen Heilung: Pat. war mit drei verwundeten Regimentskameraden mehrere Wochen hindurch im selben Krankenzimmer beisammen gewesen; diese sollten nun am 31./3. 1915 in die Gefangenschaft abgehen, während Pat. vorläufig noch hier zu bleiben hatte, bis sich sein Zustand weiter gebessert hätte. Die Furcht vor der Trennung von seinen Landsleuten, sowie auch das damals unmittelbar nach dem Falle der Festung leicht begreifliche Bestreben, aus Przemysl endlich einmal fortzukommen, sowie auch der endgültige Wegfall des timor belli waren die psychisch wirksamen Heilfaktoren gewesen. Genau die gleichen Erfahrungen machte ich bei einem anderen Hysterischen mit Paraparese beider Beine nach Schrapnellexplosionen (Fall 20), der in nur leicht gebessertem Zustande Wochen hindurch in einem Spitale lag (6./2.—22./3.) und bei dem die durch den Fall der Festung gegebene Beendigung des Kampfes, die Aussicht, durch den Abtransport in die Gefangenschaft in ruhige Ver-



hältnisse und bessere Verpflegung zu kommen — an einen nochmaligen Entsatz der Festung durch die Unsrigen hatte ja bei der damaligen Kriegssituation wirklich niemand denken können —, also sozusagen die Erfüllung bewußter Wünsche die vollständige Wiederherstellung gebracht hat. Beide Kranken, die wenige Tage zuvor noch beinahe bettlägerig waren, legten den mehrere Kilometer langen Weg zum Bahnhofe anstandslos zurück![1])

Bei kriegsgefangenen Russen habe ich nur einen einzigen Fall von Granatexplosionsneurose gesehen, einen Torticollis hystericus nach Granatverschüttung, der am zweiten Tag nach der Gefangennahme bereits spontan abheilte. Das nicht so seltene Vorkommen reaktiver depressiver Zustandsbilder bei Kriegsgefangenen haben wir bereits bei den psychogenen Geistesstörungen erwähnt. Daß Wunsch-, bzw. Zweckvorstellungen imstande sind, psychogene Störungen zu erzeugen, sahen auch wir bei Kriegsgefangenen, wenn sich ihnen hiedurch Gelegenheit bot zur Rückkehr in die Heimat oder zum Aufenthalt im neutralen Ausland; Bonhöffer hat bei zum Austausch bestimmten Kriegsgefangenen das Auftreten neurotischer Symptome, namentlich vom Typus der sogenannten traumatischen Neurose beobachtet. Ähnliche Erfahrungen machten Lilienstein, Lust, Pappenheim, Hörmann, Liebermeister und Siegerist; einen interessanten einschlägigen Fall habe ich erst vor kurzem beobachtet:

Fall 21. Der 45 jährige Landsturmarbeiter M. U. kam am 29./3. 1915 durch den Fall der Festung Przemysl in Gefangenschaft; die Sorgen um die Seinen, die Trennung von der gewohnten Umgebung, angeblich schlechte Behandlung lasteten schwer auf seinem Gemüte; der Abgang zahlreicher Kameraden, die wegen Krankheit ausgetauscht wurden, verschlimmerte den depressiven Zustand. Im April 1916 bemerkte er Erscheinungen von Schweratmigkeit, sowie ein eigentümliches Zucken in der Gesichts- und Halsmuskulatur — Störungen, die er früher nie gehabt und die er auch nie an jemand anderen beobachtet hatte. Er kam schließlich ins Lagerspital und später zum Austausch. In der Heimat heilten die Erscheinungen vollkommen ab, bis er eines Tages behufs neuerlicher Konstatierung seiner Diensttauglichkeit militärisch eingezogen und unserem Spital überwiesen wurde; er reagierte auf diese Maßnahme prompt mit den früheren neurotischen Erscheinungen: Anfälle von Atemsperre und tic-artige Zuckungen mit nachfolgenden Phasen tonischer An-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Lehrreiche analoge Fälle — plötzliche Spontanheilungen wie unvermutete Rezidiven — sahen wir erst kürzlich anläßlich des Zusammenbruches unserer Monarchie, bzw. bei der Demobilisierung!



spannung in der Gesichtsmuskulatur und im Platysma. Jede Behandlung blieb erfolglos. — Ich sah den Kranken zufällig mehrere Monate später — er war indessen vom Militärdienst dauernd befreit worden — in seinem Heimatsdorfe; die Erscheinungen waren beinahe vollkommen geschwunden: die endgültige und vollständige Heilung dürfte in diesem Falle wohl erst das Kriegsende bringen.

Hinsichtlich der Determinierung, namentlich der regionären Gestaltung der Symptome finden wir in der Literatur zahlreiche allgemeine Hinweise, sowie lehrreiche Einzelbeobachtungen:

Fixierung der gewönlichen Schreckerscheinungen (Bonhöffer), bzw. der körperlichen und seelischen Begleiterscheinungen des Chokerlebnisses (Birnbaum).

Festnagelung der unmittelbar vor dem aufregenden Erlebnis eingenommenen Bewegungen und Stellungen (Wollenberg).

Wiederaufleben früherer neurotischer, gewissermaßen bereitliegender Symptome (Gaupp).

Niederschlag bestimmter, auf einzelne Teile sich beziehender Vorstellungen, nach Birnbaums Erfahrungen die typischeste und bekannteste Form der psychischen Determinierung.

Anknüpfen an angeborene oder erworbene Organminderwertigkeiten, kurz vorher überstandene oder gleichzeitig mit Chokwirkung bestandene Krankheiten als locus minoris resistentiae (Bauer, Binswanger, Redlich-Karplus, Hirschfeld, Wollenberg-Rosenfeld u. a.).

Iatrogene Determinierung durch Fehldiagnosen und falsche Behandlung; als letztere eignet sich besonders die von Schanz geübte Therapie der Schüttler (Anlegen eines Stützkorsettes), worauf bereits von Lewandowsky, Weber, Blencke hingewiesen worden ist.

Imitation von Krankheitsbildern (Raimann, v. Wagner, Hirschfeld).

Zurückgreifen auf Mechanismen aus früheren Entwicklungsstufen (v. Wagner, Hofbauer), familiäre Vorbildung mancher Reaktionsformen (Cimbal), angeborene und im Leben latente Schutzmechanismen (Nonne).

Einige interessante eigene Beobachtungen seien hier kurz mitgeteilt:

Paroxysmale Stummheit nach einem Schädeltrauma vor mehreren Jahren; Auslösung eines Anfalles durch seelische Aufregung im Handgemenge.



Mutismus nach Granatexplosion mit nachfolgendem spastischen Stottern — bei einem jugendlichen Stotterer.

Hysterische Insulte epileptiformen Charakters — als Spitalsneurose (Imitation eines epileptischen Anfalles).

Motorische und sensible Parese der linken Extremitäten — nach Kriegsdienst; der Vater des Mannes war infolge eines Schlaganfalles links (!) gelähmt und Pat. befürchtete, daß er infolge der Kriegsstrapazen auch das „väterliche“ Leiden bekommen könnte.

Schlaffe Lähmung des rechten Armes, entstanden nach Marschstrapazen — alte, belanglose Weichteilschußwunde des rechten Oberarmes.

Nonne-Fürstner — frühere Polyarthritis rheumatica.

Spastische Kontraktur der rechtsseitigen Halsmuskeln nach Granatexplosion — gleichzeitig bestehende rechtsseitige (!) chronische Otitis.

Schlaffe Lähmung des rechten Armes und Beines nach Explosion einer rechts (!) von dem Manne einschlagenden Granate (genaue Schilderung des Erlebnisses).

Daß nach Granatexplosionen zerebrale Kommotionserscheinungen auftreten können, ist eine unbestrittene Tatsache, wenn dies nach meinen Erfahrungen auch nicht so häufig der Fall ist, als es vielfach angenommen wird; meistens aber handelt es sich dann um Fälle mit mehrminder ausgedehnten Verletzungen, bzw. Verwundungen, während wir die Commotio cerebri, wie bereits erwähnt, als initiale Erscheinung im Bilde einer psychogenen Neurose ungleich seltener finden. Damit stimmen auch unsere Beobachtungen über die so große Seltenheit gleichzeitig bestehender organisch zerebraler, bzw. spinaler Herderscheinungen als Folge einer Commotio bei psychogenen Störungen überein. Wenn auch die nervösen Folgeerscheinungen einer Commotio cerebri gemeinhin als Kommotionsneurosen bezeichnet werden, weil objektiv nachweisbare Symptome einer organisch-nervösen Läsion meistens fehlen, so stehen wir doch bei den Kommotionsneurosen dem Begriff des „Funktionellen“ wesentlich anders gegenüber als etwa bei der Neurasthenie oder Hysterie, da uns bekannt ist, daß einerseits die Commotio cerebri eine pathologisch-anatomisch nachweisbare Schädigung des Gehirns darstellt, und daß anderseits die psychotischen wie neurotischen Folgezustände



nach Commotio cerebri eine eigene symptomatologische Prägung aufweisen, derzufolge ihnen eine klinische Sonderstellung gebührt; ich verweise hier auf die Arbeiten von Hartmann, Schröder, Berger, Horn, Bonhöffer, Strümpell, Marburg, Rumpf, Schultze, Schüller, Donath. Jacob spricht von postkommotionellen nervösen Schwächezuständen, Trömner von traumatischer Hirnschwäche. Gaupp lehnt die Bezeichnung „Kommotionsneurose" grundsätzlich ab, da er sie ebensowenig wie die Epilepsie als Neurose mehr anzuerkennen vermag, sondern die nervösen Folgezustände einer zerebralen Kommotion, wenn sie manchmal auch nur geringen Grades sind, als organische Läsionen betrachtet.

Es ist ohneweiters zuzugeben, daß die Erkennung, bzw. Abtrennung der Kommotionsneurose von psychogenen Neurosen in veralteten Fällen — Persistenz einiger weniger Erscheinungen (Kopfschmerzen, Schwindel), spätere Vermischung mit rein psychogenen Symptomen, deren Entwicklung bei einem organisch geschädigten Nervensystem ja um so leichter erfolgen kann — eine sehr schwierige sein kann; in frischen Fällen aber, die man bald nach Ablauf der initialen Erscheinungen zu sehen bekommt, ist sie es gewiß nicht. Ich hatte Fälle von zerebraler Kommotion, die zum Teil noch in der Phase des Choks eingebracht worden waren, längere Zeit hindurch unter Kriegsneurosen liegen, wodurch das Charakteristische im äußeren Bilde der postkommotionellen Störung um so schärfer hervortrat: Vor allem die Wochen hindurch andauernde Schlafsucht, die Abstumpfung des Gemütes, die Hemmung und Schwerfälligkeit auf psychischem und somatischem Gebiete (Bewegungsarmut, Vergeßlichkeit, Unaufmerksamkeit), die Einfachheit und Eintönigkeit der subjektiven Beschwerden (Klagen über Kopfschmerz, Schwindel), während motorische Reizerscheinungen und auch Störungen im vegetativen System — ganz im Gegensatze zu den Granatexplosionsneurosen — meist vollkommen fehlen. Charakteristisch ist auch die Unbeeinflußbarkeit der postkommotionellen Störungen durch äußere, psychisch wirksame Geschehnisse (z. B. Beschießungen), wie wir dies wiederholt beobachten konnten; charakteristisch ist ferner der weitere Verlauf der Fälle, so die volle Ausbildung des allgemeinen Symptomenbildes zu Beginn der Erkrankung, die ungemein langsame Regression der Erscheinungen, die Wochen und Monate in Anspruch nimmt, ferner die retrograde Amnesie, die auf Stunden, selbst Tage vor das Trauma zurück-



greift. Je schwerer die zerebrale Kommotion war, desto schwerer auch die nervösen Ausfallserscheinungen, desto langwieriger ihr Verlauf — so ganz im Gegensatze zu dem charakteristischen Mißverhältnis zwischen geringfügigem Trauma und den schweren, in ihrer Persistenz oft so hartnäckigen nervösen Folgeerscheinungen der sogenannten traumatischen Neurose!

Für die psychische Genese und psychogene Charakteristik der Granatexplosionsneurosen sprechen, wenn wir unsere eigenen Erfahrungen nochmals zusammenfassen, folgende Tatsachen:

1. Die Granatexplosionsneurosen werden bei der Truppe, bzw. in den frontnahen Sanitätsanstalten entschieden seltener beobachtet als im Hinterland.

2. Sie kommen bei Verwundeten sehr selten vor, bei Schwerverwundeten überhaupt nicht.

3. Dieselben Zustandsbilder wie nach Granatexplosion finden sich auch bei reiner Fernwirkung des Artilleriefeuers, bei jedem anderen akuten seelischen Chok, und können auch rein ideagen zur Entstehung kommen.

4. Die Kombination mit kommotionellen organischen Störungen im Zentralnervensystem kommt sehr selten zur Beobachtung.

5. Die Wirksamkeit äußerer psychischer Einflüsse ist eine auffallend hohe.

6. Ihr Vorkommen bei Kriegsgefangenen ist eine außerordentliche Seltenheit.

7. Die Erfolge der suggestiven Therapie sind fast ausnahmslos günstige.

Nach der allgemein vorherrschenden Ansicht und auch nach unseren eigenen Erfahrungen ist die Prognose der Granatexplosionsneurosen wie der Kriegsneurosen überhaupt eine ausgesprochen günstige, allerdings unter gewissen Voraussetzungen, als da sind: Rechtzeitige und zweckmäßige Behandlung, entgegenkommende Auswahl der Art des späteren Kriegsdienstes (Verwendung im bürgerlichen Beruf), richtige Lösung der Entschädigungsfrage. Hinsichtlich des individuellen inneren Momentes bedingen namentlich gewisse Formen endogen-nervöser Konstitution einen entschieden ungünstigeren Verlauf als Fälle ohne Disposition; desgleichen wirkt prognostisch ungünstig eine persönliche Stellungnahme im mehrminder kriegs-, bzw. vaterlandsfeindlichen Sinne (mangelhaftes Pflichtbewußtsein, unpatriotische Gesinnung, pazifistische Ideologen).



Gaupp hat unter den von ihm hervorgehobenen, „prognostisch ungünstigen" Typen eine Gruppe von Kriegsneurotikern gekennzeichnet, bei denen weniger Angst und Schreck vor den Gefahren des Krieges als vielmehr die relative Insuffizienz des Willens gegen die physischen und moralischen Anforderungen des Dienstes ungünstig einwirkte; auch wir haben derartige Fälle bereits erwähnt. Hinsichtlich einzelner Symptome betont Binswanger die auffallende Hartnäckigkeit der hysterischen Sprach- und Phonationsstörungen, Meyer-Reichmann die häufig ungünstige Prognose der kardiovasalen Störungen, der Crampi, Tics und einiger Zitterformen.

Die Therapie der Kriegsneurosen kann entsprechend ihrem psychogenen Charakter nur eine psychische sein; überblicken wir die zahlreichen, in ihrem äußeren Kleide so mannigfaltigen und verschiedenen Behandlungsmethoden, die heute fast ein eigenes Spezialgebiet darstellen, so sehen wir stets ihren Kernpunkt im suggestiv Wirksamen, wobei die Persönlichkeit des Arztes von ausschlaggebender Bedeutung ist. Wenn auch die im Kriege inaugurierten Methoden im ganzen und großen nichts grundsätzlich Neues geschaffen haben, so ist doch der systematische Ausbau manchen Verfahrens — ich nenne nur die Kaufmannsche Methode — als ein therapeutisches Novum anzuerkennen; so manche Methode verdankt auch ihre gute Wirkung großenteils dem militärischen Milieu. Von den verschiedenen Behandlungsverfahren, die wir in der Literatur vorfinden, seien erwähnt: Die Hypnose (Nonne, Neutra, Trömner, Sänger, Zahn, Grünbaum, Paschen, Lienau, Prümers); Wachsuggestion (Sänger, Neutra, Oehmen, L. Schüller, Ollendorf); planmäßige Überrumplung (Kaufmann, O. Schultze, Raether, Levy u. a.); Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Wollenberg, Jolly, Binswanger, Voss); Gewalt und Zwangsexerzieren (Kehrer); Turnübungen (Ollendorf); psychische Abstinenzkur (Binswanger); Isolierung und Milchdiät (v. Wagner, Redlich, Jendrássik); Dunkelzimmer (Kretschmer); Dauerbad (Weichbrot, M. Meyer); Äther-, bzw. Chloräthylnarkose (Rothmann, Pilczeker-Kümmel, Goldstein, Joseph und Mann); Morphinisation (v. Wagner); Fulguration (Nesnera-Rablorzky); Lumbalpunktion (Podmainsky). Hysterischen Mutismus behandelten Urbantschitsch, Pollak durch starken faradischen Schlag; Muck endolaryngeal durch Einführen einer



Metallkugel; Käss durch seitliche Kompressionen des Kehlkopfes; Hartmann durch Übungstherapie; Curschmann durch die Heysche Gesangsmethode.[1])

Wir sehen — die Wege der Heilung sind zahlreich, teils eben, teils recht steinig für den Kranken; wir werden uns nicht so leicht zu jeder der angeführten Methoden entschließen können und namentlich auf solche, die als Scheinmaßnahmen aus Gründen, die auch sonst unser Verhalten gegenüber psychogenen Kranken bestimmen, nicht empfehlenswert sind, lieber verzichten. Dabei stehe ich durchaus nicht auf dem Standpunkt derer, die eine stets milde Therapie und womögliche Vermeidung militärischen Auftretens verlangen; ihre Zahl ist übrigens im Verlaufe des Krieges wesentlich kleiner geworden. Jeder legt sich schließlich „seine" Methode zurecht; auch ist nicht jede Methode jedermanns Können; ich verweise nur auf die Hypnose, die in der Hand des Unkundigen, bzw. nicht Geeigneten versagt, vielleicht sogar Schaden stiften kann, während sie durch den hierin erfahrenen Fachmann — ich nenne da insbesondere Nonne — wirklich verblüffende Erfolge erzielen kann.

Da uns während der Umschließung Przemysls keinerlei medizinische Kriegsliteratur zur Verfügung stand, waren wir — Dr. Formanek und ich — lediglich auf unsere therapeutischen Kenntnisse und Erfahrungen aus unserer früheren zivilen Tätigkeit angewiesen und hatten uns im gegenseitigen Einvernehmen allmählich unser Behandlungsverfahren eingerichtet, dem ich auch dank der guten Erfolge in der späteren Kriegszeit treu geblieben bin. Es bestand im wesentlichen in verbaler Suggestion bei Benützung schwachen bis mittelstarken Induktionsstromes und nachfolgender Beschäftigungstherapie. In vielen Fällen fanden wir damit unser vollkommenes Auslangen, nicht in allen; es wurden uns wiederholt veraltete Fälle aus anderen Spitälern zugewiesen, denen gegenüber dieses milde Verfahren versagte. Es widerstrebte uns anfangs, von den an der Klinik und in der Praxis geübten Methoden abzuweichen und die militärische Überordnung auszunützen, doch manche bittere Er-

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Hier wären noch zu erwähnen Bäcker (Neurol. Zentralblatt 1918, Nr. 2); K. Singer l. c.); Boström (Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 40. Bd., 4/5. H.); Friedländer (ibidem 42. Bd., 1/2. H.); E. Beyer (Psych.-neurol. Wochenschrift 1917, S. 225); Goldstein (Ther. der Gegenwart, September 1917), Neutra Wiener Klin. Wochenschr. 1917, Nr. 38).

fahrungen an simulationsverdächtigen Fällen und die starke Überfüllung der Abteilung bei der Unmöglichkeit eines Abschubes der Kranken zwangen uns zur Durchführung verschärfter Maßnahmen und unbedingten Durchsetzung der militärischen Autorität, wozu wir uns zufolge der schon in den ersten Kriegswochen gewonnenen Überzeugung von der psychogenen Grundlage der Kriegsneurosen für vollkommen berechtigt hielten. In veralteten Fällen sowie auch in frischen, wo unser sonst übliches Verfahren keinen oder wenig Erfolg hatte, schritten wir nach vorhergegangener psychischer Vorbereitung zur Anwendung starker Induktionsströme in Verbindung mit militärischen Exerzierübungen und erreichten damit fast ausnahmslos — wiederholt schon in einer Sitzung — völlige Heilung; wir sind also in solchen Fällen zum gleichen Verfahren gekommen wie Kaufmann, vollkommen unabhängig von ihm. In einigen wenigen Fällen entschlossen wir uns zur Isolierung und Kostbeschränkung, die stets zum Ziele führte.

Unser therapeutisches Wirken in Przemysl war einerseits ungünstig beeinflußt durch die zu große Nähe des eigentlichen Kampfgürtels (nur wenige Kilometer) und auch dadurch, daß wir den Kranken nach erfolgter Heilung keine ruhige Zukunft bieten konnten; anderseits erhielten wir viele Fälle unmittelbar nach ihrer Entstehung und es mag auch das Bewußtsein der für alle gemeinsamen Situation (Belagerung), der Unmöglichkeit, in die Heimat zu kommen, bei den Kranken auf die Heilung fördernd eingewirkt haben. Von den 60 Fällen in Przemysl wurden 55 geheilt (90%); hievon gingen zwölf, sowie die fünf ungeheilten während der ersten und zweiten Belagerung ins Hinterland ab, 20 kamen zur Truppe, 23 wurden für leichtere Dienste innerhalb des Noyaus bestimmt. Wir sehen in keinen der in der Festung verbliebenen Fälle ein Rezidiv auftreten.

Die Fälle, die ich im zweiten Kriegsjahre sah, wurden, da die Kranken damals nur kurze Zeit behalten werden konnten, an der Abteilung des Feldspitals für innere Kranke und Leichtverwundete untergebracht, wie sich dies auch bei Wollenberg, Lewandowsky seinerzeit gut bewährt hat und auch heute noch dort zu empfehlen ist, wo eine sofortige planmäßige Behandlung der Neurosen in einer eigenen Abteilung nicht möglich ist.

Im dritten Kriegsjahre und später verfügte ich über eine eigene kleine Beobachtungsstation für Nervenkranke mit einem



Normalbelag von 20 Betten (erweiterungsfähig auf 30) in unserem 18 bis 20 *km* von der Stellung entfernten chirurgischen Feldspital[1]); ich kann auf Grund der daselbst gemachten therapeutischen Erfahrungen die Anschauungen anderer hinsichtlich der Notwendigkeit der Errichtung von neurologischen Stationen hinter der Front (Wollenberg, Stransky, Redlich, Mohr, Lewandowsky, Lilienstein, Wilmanns, Rieder, Hirschfeld u. a.) nur bestätigen; wie weit die Abteilung von der Stellung entfernt liegen soll, läßt sich nicht im allgemeinen sagen, hiefür sind örtliche Verhältnisse (Terrain, Zu- und Abschub, Tragweite der feindlichen Geschütze) in den einzelnen Fällen maßgebend. Zu nahe der Front soll jedenfalls die Station nicht sein, damit nicht jede kleine Frontverschiebung das Spital zur Evakuierung, bzw. Marschbereitschaft zwingt. Es empfiehlt sich jedenfalls, in einem Armeebereiche mehrere von der Front verschieden weit entfernte neurologische Abteilungen zu errichten, wie dies in unserer Armee sich sehr gut bewährte, wo im Hauptetappenorte eine größere Neurosenbeobachtungs- und heilstätte (O.-A. Dr. Rothfeld) sich befand, wohin die Fälle teils direkt von der Front, teils auf dem Umwege unserer Station kamen. Ein weiteres Erfordernis ist die Versorgung der geheilten, aber noch erholungsbedürftigen Neurotiker, die am zweckmäßigsten durch Unterbringung in den allgemeinen Erholungsheimen hinter der Front, bzw. im Etappenraum erreicht wird, wie sie heute bereits in jedem Armeebereiche in mehrminder reichlicher Anzahl vorhanden sind. Wegen des relativ sehr geringen Zuganges von Granatexplosionsneurosen in der an Kampfhandlungen armen Zeit an der russischen Front (Stellungskrieg Spätherbst bis Frühjahr), empfiehlt es sich, daß außer den offenkundigen nervösen Störungen auch gewisse innere Erkrankungen zur Aufnahme in die neurologischen Stationen befohlen werden, so namentlich Fälle, die unter der Diagnose Rheumatismus, Gicht, Schienbeinschmerzen, Myalgien einhergehen und die sich, wie bereits früher erwähnt, sehr häufig als psychogen bedingte, bzw. beeinflußte Störungen entpuppen; Ähnliches gilt auch von gewissen leichten Gelenkskontusionen und -verstauchungen (ohne objektiven Befund), die oft wochenlang an chirurgischen Abteilungen verbunden und geschient herumliegen und, wie ich es

[1]) Ihre Errichtung ist nur durch das weitgehende Entgegenkommen des Armeesanitätschefs Oberstabsarzt Dr. G. Frühauf ermöglicht worden.



selbst wiederholt sah, durch energische Suggestivtherapie sehr rasch zur Heilung gebracht werden können.

Von 73 Neurosen, die an der neurologischen Station aufgenommen waren, wurden 58 einer planmäßigen Suggestivbehandlung unterworfen; frische Fälle wurden in der Regel ein bis zwei Tage sich selbst überlassen, aber es wurde gleich vom ersten Tag ihres Aufenthaltes an für eine suggestiv wirksame Umgebung Sorge getragen. Überaus günstig wirkten namentlich in einer Sitzung erzielte Heilungen anderer ein; so führte in einem zwei Tage alten Falle von Mutismus die bloße Anwesenheit des Kranken bei einer vor seinen Augen suggestiv durchgeführten Heilung einer Stummheit zur sofortigen Behebung der Störung. Das Um und Auf der ärztlichen Stellungnahme ist, die Kranken zur Überzeugung zu bringen, daß ihr Zustand durchaus heilbar ist, daß sie hier geheilt werden, aber auch, daß der Arzt sozusagen auf ihrer Heilung besteht. Dabei ist es allerdings auch erforderlich, daß der behandelnde Arzt selbst von der psychogenen Grundlage der Krankheitserscheinungen vollkommen überzeugt sei. Die erste Untersuchung soll möglichst eingehend sein, damit der Kranke einerseits zum Arzte Vertrauen faßt, anderseits hiedurch darüber belehrt wird, daß jeder Versuch einer Übertreibung oder einer Vortäuschung von Symptomen zwecklos ist. Wirken die so geschaffene Umgebung und das unbedingt sichere Auftreten des Arztes auf die Heilung des Kranken schon vorbereitend ein, so kann der Erfolg der bevorstehenden Behandlung noch dadurch wesentlich gefördert werden, daß dem Kranken — seine vollkommene Heilung vorausgesetzt — eine spätere Dienstverwendung in Aussicht gestellt wird, die ihn den Gefahren und Strapazen des Frontdienstes mehrminder entzieht. Dabei halte ich es aber nicht für geeignet, von vornherein und allgemein den Kranken die dauernde Befreiung vom Felddienste oder gar vom Militärdienste zu versprechen (Hirschfeld, Goldstein). Die Fälle, die wieder frontdiensttauglich werden und die Frontstrapazen ohne zu rezidivieren durchmachen, sind ja nach den Erfahrungen der meisten Autoren aves rarae, unter meinem eigenen Material waren sie aber keineswegs selten, wenn ich auch den so glänzenden Ergebnissen der Przemysler Beobachtungen keine allgemeine Geltung zuerkennen darf, da sie zum großen Teil in den speziellen äußeren Verhältnissen (Umschließung der Festung, Gefangenschaft) begründet waren. Immerhin glaube ich, daß die



Prognose auch hinsichtlich der Dauer der Heilung, bzw. der späteren Kriegsdienstverwendung eine günstigere ist, wenn die Heilung in einem frontnahen Spital erfolgte. Es muß jedenfalls hinsichtlich der späteren Verwendung im Kriegsdienste jeder Fall streng individuell behandelt werden; man wird in Fällen, wo keine Disposition von Haus aus oder von früher her vorliegt und kein schwereres psychisches Kriegstrauma in Frage kommt, einen Versuch, den Kranken wieder an die Front zurückzubringen, nicht unterlassen dürfen; es gibt ja auch bei der Truppe an der Front weniger gefährliche und strapaziöse dienstliche Verwendungen, wozu abgeheilte Neurosen ganz gut tauglich sind. Ich meine, es ist vom medizinischen Standpunkte nicht notwendig und vom militärischen aus auch nicht erlaubt, allen Neurotikern restlos die Tore zum Wege in die Heimat zu öffnen; denn das würde Schule machen (Forster). Mir ist wiederholt aufgefallen, daß unter den Neurotikern sich Leute befanden, die schon längere Zeit keinen Heimatsurlaub gehabt hatten; ebenso nun, wie geheime oder bewußte Urlaubswünsche — der Wunsch nach dem Urlaubsschüßle (Wittermann) — pathogen wirksam sein können, wird umgekehrt eine Erfüllung dieser Strebungen, die hinsichtlich ihres prophylaktischen Wertes vom Truppenarzt nicht unterschätzt werden sollte, die Kranken leichter den Weg zur Heilung finden lassen. Ergibt aber die Gesamtanalyse des Falles, daß der Mann zum Frontdienste nicht tauglich erscheint, dann steht uns das weite Gebiet der Etappe offen, das bei der langen Dauer des Krieges, der fortgesetzten Ausmusterungen für die Front, der Befreiung älterer Leute vom Kriegsdienst, der Verwendung von Arbeitskräften für bestimmte Industriezweige im Hinterlande (Bergbau, technische Werkstätten usw.) stets einen zahlreichen Nachwuchs erfordert. Der Arbeitsmarkt in der Etappe einer Feldarmee ist groß und sehr mannigfaltig; es lassen sich da viele frontdienstuntaugliche, aber arbeitsverwendungsfähige unterbringen, für die, wie Gaupp für das deutsche Heer vorgeschlagen hat, das stellvertretende Kommando eines Armeekorps eine Art Arbeitsnachweisbureau bilden sollte. Besondere Berücksichtigung verdient hiebei die Verwendung dieser Leute in ihrem bürgerlichem Berufe (Nonne), da sie diesen einerseits voll beherrschen und anderseits Rentenanstrebungen nach dem Kriege von vornherein ein fester Riegel vorgeschoben wird. Liegt die Neurosenheilstätte im Heimatgebiete, bzw. im Hinterland, so strebt jeder nach Möglichkeit, auch dort zu bleiben, während



der Neurotiker, der aus der Kampfstellung in die vorderste Etappe kommt, sich schon damit zufrieden gibt, überhaupt der Gefahrenzone entronnen zu sein. Ich habe auch bei Soldaten, Leichtverwundeten wie Neurosen, in der Regel volles Entgegenkommen gefunden, sobald sie für den Dienst in der vorderen Etappe bestimmt wurden; ihr horror campi galt stets dem Schützengraben. Eine Rückversetzung in die Heimat — nach Abheilung der Neurose — wurde von mir nur in drei Fällen beantragt, bei drei bereits älteren, körperlich debilen, verheirateten Landsturmmännern.

Den Kernpunkt der eigentlichen Behandlung bildete stets die verbale Suggestion, meistens unter Zuhilfenahme eines schwachen bis mittelstarken Induktionsstromes; ausgesprochen hohe Stromstärken wurden nur in etwa einem Fünftel der Fälle verwendet[1]). Daß im Wort allein schon die Heilkraft liegt, zeigte mir einmal recht klar die Heilung mehrerer Fälle monosymptomatischer Hysterie (infolge Granatexplosion) nach Einreibungen mit Brennspiritus, darunter ein veralteter Fall von Mutismus, der bereits in mehreren Spitälern erfolglos elektrisiert worden war.

Von den in Behandlung genommenen Fällen (58) wurden 49 (84·4%) geheilt; 5 wurden gebessert, 4 unverändert ins hintere Etappengebiet abgeschoben.

Von den geheilten wurden 21 direkt ihrer Truppe überstellt, mit entsprechenden Anträgen an den Regimentschefarzt hinsichtlich vorläufiger Dienstesberücksichtigung, bzw. Gewährung eines Urlaubes; hievon haben sich 9, soweit ich mir Berichte verschaffen konnte, trotz neuerlicher Kampfereignisse gut gehalten, 4 rezidivierten. 28 wurden an Erholungsheime in der Etappe überwiesen, von wo einige wieder zurück zum Regiment kamen, der größere Teil zum Kader abgeschoben, bzw. in der Etappe verwendet wurde; genaue Zahlen-

---

[1]) Auf die Gefahren elektrischer Starkströme, namentlich der Sinusströme (Todesfälle bei Status thymico-lymphaticus!) wurde bereits von mehreren Autoren hingewiesen (Köster, Liebermeister, Gildemeister, Lewandowsky, Hering) weiterhin von T. Cohn (Berliner klin. Wochenschr. 1917, Nr. 49); Boruttau (Deutsche med. Wochenschr. 1917, S. 808); Laqueur (ibidem 1917, S. 1297); Christen (ibidem 1917, Nr. 49); Meinhold (Deutsche med. Wochenschr. 1918, Nr. 18; ibidem 1918, Nr. 34); es wurde denn auch die Anwendung von Sinusströmen in den österreichisch-ungarischen Sanitätsanstalten laut kürzlich erschienenen Befehls verboten.

angaben hierüber, sowie das spätere Schicksal dieser Fälle sind mir nicht bekannt geworden.

Die Erfahrungen über die Neurosen im Kriege haben die bereits zur Friedenszeit vielumstrittene Frage der traumatischen Neurose im Sinne Oppenheims, der in ihr eine funktionelle Nervenstörung eigener Art und spezifischer Ursache erblickt, in wohl ungeahntem Maße aufgerollt und, wie die überwiegende Mehrzahl der Autoren lehrt, zur Nichtanerkennung einer nosologischen Einheit und damit zur Ablehnung der Bezeichnung „traumatische Neurose" geführt. Ich verweise hier im besonderen auf die eindrucksvolle Kundgebung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien durch die Annahme des grundlegenden Referates Redlichs über die „Frage der Kriegsentschädigung der traumatischen Neurosen im Kriege", sowie auf die bereits erwähnten Referate Gaupps und Nonnes auf der Münchner Tagung. Daß das bisherige Rentenentschädigungsverfahren der sogenannten Unfallsneurosen hinsichtlich Prophylaxe und Behandlung so ganz versagt, ja vielfach der Vorbeugung und erfolgreichen Behandlung geradezu entgegengewirkt hat, weiß jeder, der in der Unfallspraxis tätig ist. Der Gewinn, den uns in dieser Hinsicht der Krieg gebracht hat, ist ganz enorm und heute noch nicht annähernd abzuschätzen; wir können nicht annehmen, daß die in der Geschichte der Medizin wohl einzig dastehenden imposanten Erklärungen, wie sie in der Unterzeichnung des Aufrufes von Hoche durch sämtliche führende Neurologen Deutschlands, in der Aufnahme der Referate Redlichs, Gaupps, Nonnes zum Ausdrucke gekommen sind, ohne spätere praktische Folgerungen in der sozialen Versorgung sowohl der nervösen Kriegsschädigungen wie auch der Unfallneurosen der Friedenszeit bleiben. Ob man der einmaligen Kapitalsabfindung (Antrag Hoche) — wofür ja bereits vorhandene Erfahrungen in der Schweiz, in Dänemark sowie in Schweden (Nägeli, Wimmer, Billström) sprechen würden — oder der zeitlich begrenzten, automatisch endigenden Rente (Gewöhnungsrente, Antrag Redlichs) den Vorzug geben soll, ist schwer zu entscheiden; jedenfalls dürfte — dank dem Kriege — das bisher übliche Rentenverfahren, das in den weitaus meisten Fällen ein dauerndes war und eine wahre Crux für den Traumaticus selbst wie für den Staat und nicht zuletzt für den Arzt bildete, für immer begraben sein.



Schlußbemerkung.

Die Anzahl der in Przemysl gesehenen Psychosen beträgt, wie eingangs der Arbeit erwähnt, 342; sie verteilen sich auf folgende Krankheitsformen:

Oligophrenie	30	Fälle
Schizophrenie	37	"
Man.-depress. Irresein	25	"
Epilepsie	32	"
Alkoholismus	33	"
Chronische Wahnbildung	3	"
Psychopath. Konstit.	20	"
Infektionspsychosen	33	"
Erschöpfungspsychosen	50	"
Halluzinoseartige Psych.	5	"
Psychogene Geistesstörungen	44	"
Alterspsychosen	3	"
Geistesstörung bei Hirnsyphilis	3	"
" " Abscessus cerebri	1	Fall

Die Zahl von 342 Psychosen ist mit Rücksicht auf die Stärke der Besatzung und die großen Truppenmassen, welche die Festung in den ersten Kriegsmonaten passierten, jedenfalls als eine sehr geringe zu bezeichnen; die prozentuelle Erkrankungsziffer beträgt, wenn wir die Fälle berücksichtigen, die aus der Besatzungsarmee stammen, 2·2 ‰, stimmt also mit dem von Hoche für das deutsche Heer im gegenwärtigen Kriege angenommenen Wahrscheinlichkeitssatze von 2 : 1000 so ziemlich überein.

Hinsichtlich der Rassenprädisposition ist es mir leider nicht möglich, zahlenmäßig die Beteiligung der einzelnen Nationalitäten anzugeben, da mir verläßliche Angaben über die Zusammensetzung der Besatzung in dieser Hinsicht nicht zur Verfügung stehen; immerhin scheint das slawische Element (Ruthenen!) eine entschiedene Bevorzugung hinsichtlich der Erkrankung an Psychosen aufzuweisen.

Zum Schlusse meiner Ausführungen möchte ich noch kurz auf die militärische Stellung, bzw. die zweckmäßige Verwendung des Neurologen und Psychiaters im Felde hinweisen, des psychiatrisch geschulten Neurologen möchte ich am liebsten sagen. Die an den

österreichisch-ungarischen und vielen reichsdeutschen Universitäten bestehende Vereinigung der neurologischen und psychiatrischen Disziplin an für beide Fächer gemeinsamen Kliniken ist gerade für die Ausbildung des nervenärztlich tätigen Militärarztes besonders vorteilhaft. Voraussetzung ist, daß die psychiatrisch-neurologisch geschulten Ärzte im Kriege auch in ihrem Fache Verwendung finden, worauf ja in unserem Heere im Laufe des Krieges im allgemeinen Bedacht genommen worden ist.

Hinsichtlich des Ortes unserer fachlichen Tätigkeit haben wir zunächst die Dreiteilung in Front-, bzw. vorderen Etappenraum, Etappe und Hinterland zu berücksichtigen; die durchschnittlichen Arbeitsleistungen nehmen von der Front gegen das Hinterland entschieden an Intensität zu, wofür ja schon die größere Anzahl und der höhere Belag der militärischen Krankenanstalten, die gleichzeitige Versorgung ziviler Spitäler spricht. Dem in jedem Betriebe geltenden Grundsatze der möglichsten Ersparnis von Arbeitskräften bei höchster Ausnützung derselben kommt im Kriege namentlich hinsichtlich des relativen Mangels an Arbeitskräften besondere Bedeutung zu; daher ist eine der wichtigsten Fragen die einer weckmäßigen fachlichen Einteilung. Unsere Tätigkeit im Kriege ist, ja eine recht vielseitige; ich verweise nur auf die konsiliare Tätigkeit an chirurgischen Anstalten, auf die Tätigkeit an Neurosenabteilungen, Nerven- und psychiatrischen Kliniken (Abteilungen) Irrenanstalten, ferner auf die Tätigkeit als Gerichtspsychiater, als Mitglied von Konstatierungskommissionen.

Was zunächst die neurologisch-psychiatrische Versorgung des Front- und vordersten Etappengebietes betrifft, so halte ich — nach meinen eigenen Erfahrungen — am zweckmäßigsten die Verwendung des Facharztes am Standorte eines Korps, bzw. Armeekommandos, wo sich in der Regel eine oder mehrere Sanitätsanstalten befinden; hier kann er als Berater der Chirurgengruppe arbeiten, kann eine eigene Neurosenabteilung leiten und steht auch als Konsiliararzt dem Sanitätschef zur sofortigen Verfügung, sei es, daß ein Kommando, Truppenkörper, eine Sanitätsanstalt, eine Konstatierungskommission oder das Kriegsgericht seine Tätigkeit beansprucht. Die dienstliche Einteilung erfolgt hiebei am besten in jene Sanitätsanstalt, der die Neurosenabteilung angegliedert ist, oder, falls sich eine solche nicht errichten lassen sollte, im Verbande einer Chirurgengruppe, die einen Neurologen kaum entbehren kann.



Ganz analoge Verhältnisse wie im Felde bestehen hinsichtlich unserer Tätigkeit in belagerten Festungen; so war ich während der Belagerungen Przemysls der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Garnisonsspitales zugeteilt und fand außerdem dank der umsichtigen Führung des Festungssanitätschefs O.-St.-A. I. Kl. Dr. Adolf Schönbaum reichliche Betätigung als „neurologischer Konsiliararzt der Festung“ sowohl in den chirurgischen Festungsspitälern wie als Gerichtsarzt. In diesem Sinne — möglichste Ausnützung der Arbeitskraft — wäre die Systemisierung von neurologisch-psychiatrischen Konsiliarärzten bei der Feldarmee unbedingt anzustreben, wobei als Arbeitsgebiet zum mindesten der Bereich eines Korpskommandos, allenfalls auch der eines operierenden Armeekommandos — wie dies bei der zweiten Armee auf Veranlassung des Armeesanitätschefs O.-St.-A. I. Kl. Dr. G. Frühauf bereits seit 1916 der Fall ist — in Betracht käme. In der Etappe und im Hinterlande sind es namentlich stabile Anstalten — Garnisonsspitäler, Kliniken, Irrenanstalten, Reservespitäler —, die eine große Anzahl klinisch geschulter Fachleute beanspruchen; ich erinnere nur an die unzähligen Konstatierungen von verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten hinsichtlich Diensttauglichkeit und Kriegsdienstentschädigung, an die Neurosenheilstätten, an die Versorgung, bzw. Nachbehandlung der Schußverletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems, die zur Errichtung eigener Stationen für Gehirnverletzte in Österreich (Graz, Innsbruck, Salzburg, Wien) und Deutschland geführt hat. Die Kriegserfahrungen, namentlich auf dem Gebiete der Neurosen und Schußverletzungen des Nervensystems, legen ein glänzendes Zeugnis dafür ab, daß unsere Fachwissenschaft unter den Hauptdisziplinen der Kriegsmedizin mit an erster Stelle steht, daß ihr die gleiche Bedeutung und Beachtung gebührt wie den alten Kriegsfächern, der Chirurgie und der Hygiene.

Feldpost 388/II, am 31. Oktober 1917.

Literatur.

1. Alexander: Über Simulation von Ohrenkrankheiten. Ref. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 18/19.
2. Allers: Über Schädelschüsse. Berlin, Springer, 1916.
3. Alt, K.: Im deutschen Heere während des Krieges aufgetretene psychische Störung, und ihre Behandlung. Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1915, Nr. 11/12.



4. Alzheimer: Über psychogene Geistes- und Nervenstörungen im Kriege. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 19.
5. Anton: Über Geistesstörungen bei Kriegsteilnehmern, insbesondere bei Hebephrenikern und Psychopathen. Ref. Zeitschr. für die gesamte Neurol. und Psych. XIV/1.
6. Aschaffenburg: Winke zur Beurteilung von Nerven- und psychonervösen Erkrankungen. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.
7. — Über das Zusammenvorkommen organischer und nichtorganischer Nervenstörung. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 23.
8. — Die Wandlungen des Neurastheniebegriffes (Festschrift). Bonn 1915, Markus und Weber.
9. — Diskussionsbemerkungen, Münchner Tagung.
10. — Experimentelle Studien über Assoziationen. II. Teil (1897) und III. Teil (1902). Sonderabdrücke aus Kraepelins psych. Arb. II. Bd., 1. H. und IV. Bd., 2. H.
11. Awtokratow: Die Geisteskranken im russischen Heere während des japanischen Krieges. Allgem. Zeitschrift für Psych., 64. Bd., 1907.
12. Baller: Krieg und krankhafte Geisteszustände im Heere. Allgem. Zeitschr. für Psych., 73. Bd., 1. H., 1917.
13. Bauer, J.: Verein für Psych. und Neurol. in Wien am 15./12. 1914. Ref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 5.
14. — Zur Frage der Kombination funktioneller mit organischen Nervenstörungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XIII/6, 1916.
15. — Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen. Wiener klinische Wochenschr. 1916, Nr. 30.
16. — Verein für Psych. und Neurol. in Wien am 15./12. 1914. Ref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 5.
17. — Hysterische Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Archiv für Psych., 57. Bd., 1. H., 1917.
18. Bennecke: Die Art der Delikte bei den einzelnen krankhaften Geisteszuständen Heeresangehöriger. Klinik für psych. und nerv. Krankheiten 1908, 3. Bd., 2. H.
19. — Dementia praecox in der Armee. Dresden, 1907.
20. Berger: Trauma und Psychose. Berlin, 1915.
21. Binswanger: Hysterosomatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1915, 38. Bd., H. 1/2.
22. — Diskussion zu Meyer-Wilmanns. Münchner Tagung.
23. — Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Berliner klinische Wochenschr. 1897, Nr. 23 und 24.
24. Birnbaum: Kriegsneurosen und -psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (Referate): XI/5, XII/1, XII/4, XIII/6, XIV/3 und 4.
25. — Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., Bd. I, 1910 und Bd. VII, 1912.
26. — Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 41. Bd., 6. H., 1917.



27. **Bittorf**: Zur Behandlung der nach Granatexplosionen auftretenden Neurosen. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 30.
28. — Über Folgezustände des Hitzschlages. Ibidem 1915, Nr. 25.
29. **Blenke**: Die Beziehung der „Schüttelerkrankungen" zur Insufficientia vertebrae. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 28.
30. **Bleuler**: Physisch und Psychisch in der Pathologie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.), 30. Bd., H. 4/5, 1916.
31. — Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch für Psych., Deuticke, 1911.
32. — Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Springer, 1916.
33. **Böhmig**: Bericht der Nervenabteilung des Reservelazarettes I, Dresden. Ref. Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1916, 45. Bd., H. 9/10.
34. **Bonhöffer**: Psychiatrie und Krieg. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 39.
35. — Psychiatrisches zum Kriege. Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1915, Nr. 1.
36. — Die Differentialdiagnose der Hysterie und psychop. Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klin. 1915, S. 877.
37. — Erfahrungen über Epilepsie und Verwandtes im Feldzuge. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1915, 38. Bd., 1. und 2. H.
38. — Über Fälle von sogenannter Granatexplosionslähmung. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 2.
39. — Berliner Gesellschaft für Psych. und Nervenkr. am 10./1. 1916. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 11.
40. — Zur psychologischen Entwicklung und Hemmung kriegsneurotischer Störungen. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 40. Bd., H. 2/3, 1916.
41. — Erfahrungen aus dem Kriege über die Ätiologie psychopathologischer Zustände. Kriegstagung des deutschen Vereines für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916. Ref. Allgem. Zeitschr. für Psych., 73. Bd., S. 77, 1917.
42. — Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, 3. Abt., 1. Hälfte, 1912. Deuticke.
43. **Böttiger**: Diskussion zu Nonne (**239**). Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 6.
44. **Brückner**: Psychiatrische Kriegserfahrungen. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 23.
45. **Brugsch**: Erschöpfung bei Kriegsteilnehmern. Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1915, Nr. 20.
46. **Bunnemann**: Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 23.
47. **Cassierer**: Über Kombination funktioneller und organischer Symptome bei Kriegsverletzungen. Berliner Ges. für Psych. und Neurol. am 10./1. 1916. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 4.
48. **Cimbal**: Diskussion zu Nonne (**239**). Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 6.
49. — Seelische und nervöse Erkrankungen im Bereiche des IX. Armeekorps. Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 11.

50. Cimbal: Zur Benennung und Bewertung der sogenannten Kriegsneurosen. Psych. neurol. Wochenschr. 1916, Nr. 23/24.
51. Curschmann: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
52. — Bemerkungen zur Behandlung hysterischer Stimmstörungen. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 46.
53. — Zur Pathogenese der pseudospastischen Parese mit Tremor und der hysterischen Taubstummheit. Med. Klinik 1917, Nr. 9.
54. — Zur Kriegsneurose bei Offizieren. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 10.
55. Deutscher Verein für Psychiatrie: Kriegstagung am 21. und 22. September 1916 zu München. Ref. Allgem. Zeitschr. für Psych., 73. Bd. oder Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XIII/3.
56. Donath: Beiträge zu den Kriegsverletzungen und Erkrankungen des Nervensystems. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 17.
57. — Kriegsbeobachtungen über hysterische Stimm-, Sprach- und Hörstörungen. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 40. Bd., 5. H., 1916.
58. Drastich: Diskussion zum Vortrag Tandler „Krieg und Bevölkerung". Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 17.
59. — Der geistig Minderwertige in der Armee. Separatabdruck aus dem Organ des militär-wissenschaftlichen Vereines, LXXIII. Bd., 4. H., 1906.
60. Edel: Kriegsärztliche Abende. Berlin, 8./12. 1914. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 1.
61. Edel-Piotrowsky: Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progr. Paralyse. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 5.
62. Engelhard: Über das Simulieren bei Dienstpflichtigen. Ref. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XIII/1, 1916.
63. Erben: Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
64. Flatau: Diagnostische Schwierigkeiten bei Krampfleiden. Med. Klin. 1917, Nr. 1.
65. Flesch: Die Auslösung von Anfällen durch Karotiden-Kompression (Sitzungsbericht). Wiener klin. Wochenschr. 1915, S. 1422.
66. Flusser: Über Psychosen beim Kriegstyphus. Wiener med. Wochenschrift 1915, Nr. 39.
67. Forster: Der Krieg und die traumatische Neurose. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1915, 38. Bd., 1. u. 2. H.
68. — Zur Behandlung der Kriegszitterer. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 34.
69. Förster, P.: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
70. Friedländer: Nerven- und Geisteskrankheiten im Felde und im Lazarett. Wiesbaden, 1914.
71. Fröhlich: Die Kriegsfähigkeit von Rentenempfängern. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 1916, 33. Bd., H. 1/2.



72. Fuchs: Mobilmachungspsychosen. Ärztl. Sachverst.-Zeitung, 1915, Nr. 3.
73. Fuchs, A.: Die ersten drei Monate der neurologischen Militärabteilung für Kopfverletzungen. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 28.
74. Fürnrohr: Das ideogene Moment bei Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 1.
75. Gallus: Diskussion zu Meyer-Wilmanns. Münchner Tagung.
76. Gaupp: Die Granatkontusion. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 11; Beiträge zur klin. Chir. 1915, 96. Bd., 3. H.
77. — Hysterie und Kriegsdienst. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 11.
78. — Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Ibidem 1915, Nr. 33.
79. — Neurosen nach Kriegsverletzungen (Referat). Deutsche Zeitschr. für Nervenh., 56. Bd., H. 1 bis 4, 1917; ausführlich („Kriegsneurosen"). Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.), 34. Bd., 5. H., 1916.
80. Gerver: Die Kriegspsychose. Russki Wratsch 1915, Nr. 34 und 36. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 13.
81. Gesellschaft deutscher Nervenärzte: Sitzung am 22. September 1916 zu München. Deutsche Zeitschr. für Nervenh., 56. Bd., H. 1 bis 4, 1917; oder Allg. Zeitschr. für Psych., 73. Bd., 1917.
82. Giese: Über klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.), 26. Bd. 1914.
83. Gildemeister: Über die Gefahren elektrischer Starkströme, insbesondere der Sinusströme. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 17.
84. Goldscheider: Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 46.
85. Goldstein, Frankfurt a. M. Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
86. Goldstein, K.: Über die Behandlung der monosymptomatischen Hysterie bei Soldaten. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 20.
87. — Über die Behandlung der Kriegshysteriker. Med. Klin. 1917, Nr. 28.
88. Goldstein, M.: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
89. Grünbaum: Hysterie und Kriegsdienstbeschädigung. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 47.
90. Gudden: Kriegspsychiatrische Erfahrungen. Ärztl. Verein in München am 15./12. 1915. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10.
91. Hahn: Kriegspsychosen. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 8.
92. Hartmann: Diskussion zum Referate Redlich.
93. — Übungsschule für Hirnkrüppel. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 23, und 1916, Nr. 12.
94. — Die traumatische Gehirnerkrankung. Dittrichs Handbuch der ärztl. Sachverst. Tätigkeit, IX. Bd. (Forens. Psychiatrie II.)



95. Hauptmann: Kriegsneurosen und traumatische Neurose. Monatsschrift für Psych. und Neurol., 39. Bd., 1. H., 1916.
96. — Die Anfälle der Kriegsteilnehmer (Vortrag). Ref. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XIII/1.
97. Hellpach: Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
98. Henneberg: Pseudokatatonie nach Typhus. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
99. — Diskussion zu Stier (391).
100. — Über Aggravation und Simulation. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 18.
101. Hering: Sinusströme als Koeffizienten in Fällen von Sekundenherztod. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 32.
102. Herschmann: Über drei Fälle von Geistesstörung nach Cholera asiatica. Der Militärarzt, 1915, Nr. 22.
103. — Über Geistesstörungen nach Granatshok. Wiener med. Wochenschrift 1916, Nr. 36.
104. Higier: Eigentümlicher Dämmerzustand nach Granatexplosion (Kriegshypnose nach Millian). Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 9.
105. Hildebrandt: Zum Streit über die traumatische Neurose. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 19.
106. Hirschfeld: Zur Behandlung der Kriegszitterer. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 25.
107. — Diskussion zu Henneberg (99).
108. — Zur Behandlung im Kriege erworbener hysterischer Zustände, insbesondere von Sprachstörungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 34. Bd., H. 3/4, 1916.
109. Hoche: Krieg und Seelenleben 1915. Freiburg i. B.
110. — Über Hysterie (Vortrag). Ref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 23.
111. — Über Wesen und Tragweite der Dienstbeschädigung bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1916, 39. Bd., 6. H.
112. — Die Versorgung der funktionellen Kriegsneurosen. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 50.
113. — Beobachtungen bei Fliegerangriffen. Med. Klin. 1917, Nr. 34.
114. Hofbauer: Diskussion zu J. Bauer (13).
115. Hörmann: Traumatische Neurosen bei Kriegsgefangenen. Med. Klin. 1917, Nr. 26.
116. Horn: Über Schreckneurosen in klinischer und unfallrechtlicher Beziehung. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 53. Bd., 5. H., 1915.
117. — Über die Kapitalisierung von Kriegsrenten. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 13.
118. — Über Symptomatologie und Prognose der zerebralen Kommotionsneurosen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 34. Bd., H. 3/4, 1916.
119. — Zur Ätiologie und klinischen Stellung der Unfalls- und Kriegsneurosen. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 3—7.
120. Horsley: Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 3.



121. Horstmann: Zur traumatischen Neurose. Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1914, Nr. 22.
122. Hösslin: Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
123. Hübner: s. Westphal-Hübner.
124. — Heilerfolge bei Neurosen. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 19/20.
125. — Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
126. Jakob: Klinische Erfahrungen in einem Typhuslazarett in Ostpreußen. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 9.
127. — Diskussionsbemerkungen. Münchner Tagung.
128. Jacobi: Erschöpfung und Ermüdung. Münchner med. Wochenschrift 1915, Nr. 14.
129. Jellinek: Zur militärärztlichen Konstatierung der Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 38.
130. Jendrassik: Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 12.
131. Ilberg: Über Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. 1903 bei Marhold, Halle.
132. Imboden: Das Neurosenproblem im Lichte der Kriegsneurologie. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1917, Nr. 34. Ref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 19.
133. Jolly: Über die Dienstfähigkeit und Rentenfrage bei nervenkranken Soldaten. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 50.
134. — Über Kriegsneurosen. Archiv für Psych. 1916, 56. Bd., 2. H.
135. — Über Kriegsinvalidenfürsorge für Nervenkranke. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 18.
136. — Arbeitstherapie bei nervenkranken Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 49.
137. Jolowiez: Kriegsneurosen im Felde. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 36. Bd., H. 1/2, 1917.
138. Jörger: Die Mobilmachung als krankheitsauslösendes Trauma bei Dementia praecox. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, 44. Bd., 1914. Ref. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. XI/5.
139. Joseph, H., und Mann, C.: Erfolge der Rothmannschen Narkosemethode bei Kriegshysterie usw. Berliner klin. Wochenschr. 1917. Nr. 28.
140. Jürgens: Das Fleckfieber. Berlin, 1916, Hirschwald.
141. Kafka: Hysterischer Dämmerzustand mit den Erscheinungen des psychischen Puerilismus. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 11.
142. Karplus: Über Erkrankungen nach Granatexplosionen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 6.
143. Kastan: Die strafbaren Handlungen psychisch kranker Angehörigen des Feldheeres. Archiv für Psych. und Neurol. 1916, 56. Bd., 2. und 3. H.
144. Kaufmann: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 22.

145. Kaufmann: Bemerkungen zur Therapie der Kriegsneurosen (Vortrag). Ref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 16.
146. Käss: Zur Behandlung der hysterischen Stimmlosigkeit und Stummheit. Med. Klin. 1916, Nr. 36, und Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 25.
147. Kehrer: Über Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 7.
148. — Psychogene Hör- und Sehausfälle bei Soldaten. Autoref. Zeitschrift für die ges. Psych. und Neurol. (R.) XIV/5, 1917.
149. — Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 36. Bd., H. 1/2, 1917.
150. Klüber: Diskussion zu Meyer-Wilmanns. Münchner Tagung.
151. Kohnstamm: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
152. — Die Sejunktionshysterie der Kriegsteilnehmer. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 17, ausführlicher in Berliner klin. Wochenschrift 1917.
153. Kollert-Finger: Fleckfieberstudien. 6. Bd. der Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung, herausgegeben von Brauner.
154. Kraepelin: Psychiatrie. 8. Auflage.
155. Kretschmer: Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 37. Bd., 1. und 2. H., 1917.
156. — Hysteriebehandlung im Dunkelzimmer. Münchner med. Wochenschrift 1917, Nr. 25.
157. Kreuser: Geistige Störungen zu Kriegszeiten. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 23.
158. Kruse: Die Trinkerheilstätten in der Kriegszeit. Blätter für praktische Trinkerfürsorge 1915, 3. Bd., 8. H. Ref. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XII/4.
159. Laudenheimer: Die Anamnese der sogenannten Kriegspsychoneurosen. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 38.
160. — Neuere Gesichtspunkte für die Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen. Fortschritte der Medizin 1916, Nr. 8/9.
161. Lippmann: Psychische und nervenärztliche Sachverständigen-Tätigkeit im Kriege. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1915, Nr. 22.
162. Levy, R.: Über die Resultate der Kaufmannschen Behandlung. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 6.
163. Lévy, L., und Pach, H.: Die militärärztliche Feststellung der Epilepsie. Gyógyászat 1915, Nr. 48. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 12.
164. Levy-Suhl: Psychiatrisches und Neurologisches aus einem Kriegslazarett. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 23.
165. Lewandowsky: Erfahrungen über die Behandlung nervenverletzter und nervenkranker Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 53.



166. Lewandowsky: Diskussion zu Cassierer. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 6.
167. — Diskussion zu Stier (**361**).
168. — Beobachtungen zur Ätiologie. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 35. Bd., 4. H.
169. — Diskussion zu Oppenheim. Ref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 8.
170. — Zur Behandlung der Zitterer. Münchner med. Wochenschr. 1917. Nr. 16.
171. — Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden? Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 30/31.
172. — Diskussion zu Schröder (**322**). Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 8.
173. — Über den Tod durch Sinusströme. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 37.
174. Liebermeister und Siegerist: Über eine Neurosenepidemie in einem Kriegsgefangenenlager. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych., 37. Bd., 3./4. H., 1917.
175. Lienau: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
176. Liepmann: Zur Fragestellung in dem Streit über die traumatische Neuroe. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 6.
177. Lilienstein: Diskussion zu Hoche. Neurol. Zentralblatt 1915. Nr. 24.
178. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
179. Löwy: Neurol. u. psych. Beobachtungen aus dem Kriege. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1915, 37. Bd., H. 6.
180. — Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 27.
181. Luger: Ein Fall von Tetanie-Epilepsie. Wiener klin. Wochenschrift 1911, S. 604.
182. Lust: Kriegsneurosen bei Kriegsgefangenen. Münchner med. Wochenschrift 1916, Nr. 52.
183. Lückerath: Über Militärpsychosen (Vortrag). Ref. Allgemeine Zeitschr. für Psych. 72. Bd., 5./6. H. 1916.
184. Mann, L.: Über Granatexplosionsstörungen. Med. Klin. 1915, Nr. 35.
185. — Funktionelle Störungen nach geringfügigen Schußverletzungen, bzw. nach Typhus. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 41.
186. — Eigenartige Formen von funktioneller Neurose bei Kriegsverletzten. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
187. — Die traumatischen Neurosen, ihre klinischen Formen und ihr Entstehungsmodus bei Kriegsverletzungen. Ibidem, Nr. 37/38.
188. — Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurosen. Ibidem, Nr. 50.
189. — Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 29.
190. — Über Polyneuritis als Begleiterscheinung nervöser Erschöpfungszustände im Kriege. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 5.
191. Marburg: Zur Frage der Beurteilung traumatischer Neurosen im Kriege. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 10.



192. Marburg: Diskussion zum Referate Redlichs. Wiener klin. Wochenschrift 1916, Nr. 24.
193. — Die Neurologie im Kriege. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, 1915, Maiheft.
194. — Die neurologischen Kriegsfolgen und deren Behandlung. Ibidem, 1916, Maiheft.
195. — Die Kriegsverletzung der peripheren Nerven. Ibidem.
196. — Über, durch die Kriegserfahrung bedingte Fortschritte in der Neurologie. Ibidem 1917, Maiheft.
197. Mattauschek: Hilfsschulzöglinge und Militärdiensteignung. Zeitschr. für die Erf. und Beh. des jugendlichen Schwachsinnes. 1908, 2. Bd., Fischer.
198. — Beitrag zur Prognose der Dementia praecox. Jahrbuch für Psych. und Neur., 30. Bd., 1909.
199. — Neurosen und Militärdiensteignung. Wiener med. Wochenschr. 1908, Nr. 6 u. ff.
200. Mattauschek u. Pilcz: Beitrag zur Lues-Paralysefrage. Erste Mitteilung über 4134 katamnestisch erfolgte Fälle von luetischer Infektion. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psychiatrie (O.) 8. Bd.; S. 133, 1911; zweite Mitteilung ibidem, 15. Bd., S. 608, 1913.
201. Mayer, C.: Kriegsneurologische Erfahrungen. Med. Klinik 1915, Nr. 37.
202. Mayer, W.: Zur Differentialdiagnose, Hebephrenie und Erschöpfungszustände. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 14.
203. Meltzer, Abnorme Geisteszustände in der Armee. Zeitschr. für Beh. Schwachsinniger 1908, Nr. 5/6.
204. Mendel, K.: Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 1.
205. — Kriegsbeobachtungen. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 8, 9, 13, 17, 21; ibidem 1917, Nr. 5.
206. Meyer, E.: Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 51.
207. — Der Einfluß des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruches auf schon bestehende Psychosen. Archiv für Psych. 1915, 55. Bd., 2. H.
208. — Bemerkungen zur Differentialdiagnose und psychog. Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der im Kriege beobachteten psychischen Störungen. Archiv für Psych. und Neurol. 1915, 56. Bd., 1. H.
209. — Funktionelle Nervenstörungen bei Kriegsteilnehmern nebst Bemerkungen zur traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 51.
210. — Über die Frage der Dienstbeschädigung bei den Psychosen. Kriegstagung des deutschen Vereines für Psych. am 21. und 22. September 1916; Ref.: Allgem. Zeitschr. für Psychosen. 73. Bd.
211. — Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
212. — Krankheitsanlagen und Krankheitsursachen im Gebiete der Psychosen und Neurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1917, Nr. 3.



213. Meyer, E.: Die Beziehungen von Geistes- und Nervenkrankheiten zum Militärdienst im Krieg und Frieden. Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1909, 16. H.
214. Meyer, E., u. Fr. Reichmann: Über nervöse Folgezustände nach Granatexplosionen. Archiv für Psych. 56. Bd., 3. H., 1916.
215. Meyer, M.: Die Behandlungsmethoden hyster. Bewegungsstörungen bei Kriegsneurosen. Therap. Monatshefte 1917, 6. H.
216. Meyer, S.: Kriegshysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 3.
217. — Die nervösen Krankheitsbilder nach Explosionschok. Zeitschr. für die gesamte Neurol. und Psych. (O.) 39. Bd., 5. H.
218. Michaelis: Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Klinik für psych. und nerv. Krankheiten. 9. Bd., S. 349, 1916.
219. Mohr: Die Behandlung der Kriegsneurosen. Therap. Monatshefte 1916, 3. H.
220. — Grundsätzliches zur Kriegsneurosenfrage. Med. Klinik 1916, Nr. 4.
221. — Zur Entstehung, Vorhersage und Behandlung nervöser und depressiver Zustandsbilder bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin. 1915, Nr. 22.
222. Moll: Psychopathische Erfahrungen auf dem westlichen Kriegsschauplatze. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 4.
223. Moravcsik: Die Rolle des Krieges in der Ätiologie nervöser, insbesondere psych. Störungen. Orvos Képzis 1915, Nr. 1—3; Ref.: N. Z. Bl. 1915, Nr. 17.
224. — Die Psychosen des Krieges. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 39/40.
225. Mörchen: „Traumatische Neurosen" und Kriegsgefangene. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.
226. Muck: Heilung von schwerer funktioneller Aphonie. Ibidem Nr. 12.
227. — Psychol. Beobachtung bei Heilung funktionell stimmgestörter Soldaten. Ibidem Nr. 22.
228. — Über Schnellheilungen von funktioneller Stummheit und Taubstummheit. Ibidem 1917, Nr. 5.
229. Munk: Klinische Studien beim Fleckfieber. Berliner med. Gesellsch. am 15./III. 1916; Ref.: Berliner klin. Wochenschr. 1916, Nr. 20.
230. Nägeli: Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen in besonderer Berücksichtigung der Oppenheimschen Auffassungen. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 12.
231. — Unfalls- und Begehrungsneurosen. Stuttgart 1917. F. Enke.
232. Nesner u. Rablorzky: Zur Therapie der traumatischen Neurose bei der Kriegshysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 51.
233. Neutra: Sitzungsbericht (k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 12./III. 1915). Autoref.: Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 11.
234. — Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 39.
235. Niessl v. Mayendorf: Über pathologische Tremorformen zur Kriegszeit. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 39. Bd., S. 221, 1916.

236. Nissl: Hysterielehre mit besonderer Berücksichtigung der Kriegshysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
237. Nonne: Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzung vom 17./XI. u. 2./XII. 1914; Ref.: N. Z. Bl. 1915, Nr. 1.
238. — Über Polyneuritis gemischter Nerven bei neurasthenischen Kriegsteilnehmern. Deutsche Zeitschr. für Nerv. 1915, 53. Bd. 6. H.
239. — Demonstration von Kriegsverletzungen. Ärztl. Verein in Hamburg am 12./I. und 23./II. 1915; Ref.: Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 13.
240. — Soll man wieder „traumatische Neurose" bei Kriegsverletzten diagnostizieren? Med. Klin. 1915, Nr. 31.
241. — Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Ärztl. Verein zu Hamburg 2./XI. 1915. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 3.
242. — Hysterische Symptome nach Infektionskrankheiten. Ärztl. Verein in Hamburg am 27./VI. 1916; Ref.: Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 20.
243. — Neurosen nach Kriegsverletzungen (Referat). Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, 56. Bd., H. 1—4, 1917.
244. — Zur Suggestivbehandlung der motorischen Psychoneurosen bei Soldaten. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 14; ausführlich: Zeitschr. für die gesamte Neurol. und Psych. 37. Bd., 3./4. H., 1917.
245. Obersteiner: Die progressive allgem. Paralyse. Wien—Leipzig 1908, Hölder. S. 140.
246. — Über pathologische Veranlagung am Zentralnervensystem. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 14.
247. Oeconomakis: Über den diagnostischen Wert der durch Karotiden-Kompression hervorgerufenen epileptoiden Zustände. (Sitzungsbericht der Athener ärztl. Gesellsch. vom 24./X. 1915.) Ref.: Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 12.
248. Oehmen: Die Heilung der hysterischen Erscheinungen in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 15.
249. Oláh: Psychiatrische Kriegsbeobachtungen. Gyógyászat 1916, Nr. 20; Ref.: Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 7.
250. Ollendorf: Wachsuggestion im Dienste der Bekämpfung der psychotraumatischen Neurosen. Ärztl. Sachverständigenzeitung 1917, Nr. 9.
251. — Das Turnen in der Behandlung der psychogen bewegungsgestörten Soldaten. Med. Klin. 1917, Nr. 28.
252. Oppenheim: Zur Kriegsneurologie. Berliner klin. Wochenschr. 1914, Nr. 48.
253. — Der Krieg und die traumatische Neurose. Ibidem 1915, Nr. 11.
254. — Zur traumatischen Neurose im Kriege. Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 14.
255. — Ergebnisse der kriegsneurol. Forschung. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 45.
256. — Über falsche Innervation. (Innervationsentgleisung.) Neurol. Zentralbl. 1915, Nr. 21.
257. — Die Neurosen nach Kriegsverletzungen. Ibidem.



258. Oppenheim: Über Myotonoclonia trepidans. Med. Klin. 1915, Nr. 47.
259. — Neurosen infolge Kriegsverletzungen (Monographie). Berlin 1916, S. Karger.
260. — Für und wider die traumatische Neurose. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 6.
261. — Fortgesetzte Diskussion über die traumatischen Neurosen. Ibidem 1916, Nr. 13.
262. — Neurosen nach Kriegsverletzungen (Referat). Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 56. Bd., 1.—4. H., 1917.
263. — Zur Frage der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 31.
264. — Diskussion zu Schröder (322). Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 8.
265. Oserezkowski: Ref. im Milit.-Wochenblatt 1906, Nr. 140; zitiert nach Weygandt (406).
266. Pappenheim: Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Zeitschr. für die gesamte Neurol. und Psych. (O.) 33. Bd., 5. H.
267. — Über Neurosen bei Kriegsgefangenen. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
268. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
269. Paschen: Zur Behandlung funktioneller motorischer Störungen nach Kaufmann. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 6.
270. Phleps: Die Tetanie. Lewandowskys Handbuch der Neurol. 4. Bd.
271. Pilcz: Zur Ätiologie und Behandlung der progressiven Paralyse nebst einigen kriegspsychiatrischen Erfahrungen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 22.
272. — Krieg und progressive Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 25.
273. — Noch einmal: Krieg und progressive Paralyse. Wiener med. Wochenschr. 1917, Nr. 46.
274. — Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. 3. Auflage 1912, Deuticke.
275. Pilzecker: Diskussion zu Kaufmann; Ref.: Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 42.
276. Podmaniczky: Die Lumbalpunktion als therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen der Kriegshysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 44.
277. Pollak: Zur Behandlung der hysterischen Aphonie Kriegsverletzter. Med. Klin. 1916, Nr. 20.
278. Prümers: Zur Behandlung der Kriegshysteriker. Med. Klin. 1917, Nr. 44.
279. Quensel: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tag.
280. — Traumatische Neurosen, Unfallreaktion und die Stellung der Kriegsneurosen. Med. Klin. 1917, Nr. 13.
281. Raecke: Über hysterische und katatonische Situationspsychosen. Archiv für Psych. 1915, 55. Bd., 3. H.
282. Räcke: Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1902, 11. Bd.



283. Räther: Neurosenheilungen nach der Kaufmann-Methode. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 11.
284. — Über psychogene „Ischias-Rheumatismus-“ und Wirbelsäulenerkrankungen. Archiv für Psych., LVII., 1917, H. 3.
285. Raimann: Über Neurosen im Kriege. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36/37.
286. — Diskussion zum Referate Redlich.
287. — Die hysterischen Geistesstörungen. Wien-Leipzig 1904, F. Deuticke.
288. Redlich: Einige allgemeine Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem. Med. Klin. 1915, Nr. 17.
289. — Zur Frage der Entschädigung der traumatischen Neurose im Kriege (Referat). Sitzungsberichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1916, S. 630, 756, 864, 993.
290. — Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. 1913. S. Karger, Berlin.
291. — Tetanie und Epilepsie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1911, 30. Bd.
292. Redlich und Karplus: Über Auffassung und Behandlung der sogenannten traumatischen Neurosen im Kriege. Med. Klin. 1916, Nr. 17.
293. — Über das Auftreten organischer Veränderung des Zentralnervensystems nach Granatenexplosion usw. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 39. Bd., 5. H., 1916.
294. Redlich u. Schüller: Über Röntgenbefunde am Schädel von Epileptikern. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 14.
295. Rehm: Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
296. Reiss: Diskussion zu Meyer-Wilmanns. Münchner Tagung.
297. Resch: Geisteskrankheiten im Kriege. Allg. Zeitschr. für Psych. 1915, Nr. 36.
298. Riebeth: Über Neurasthenie bei Kriegsteilnehmern. Psych.-neurol. Wochenschr. 1915, Nr. 13/14.
299. Rieder: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
300. Ritterhaus: Kriegsbeschädigungen des Zentralnervensystems und soziale Fürsorge. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 36.
301. Rohde: Neurologische Betrachtung eines Truppenarztes im Felde. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 29. Bd., 5. H.
302. Röper: Funktionelle Neurosen bei Kriegsteilnehmern. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1915, Nr. 9/10.
303. Rosenfeld: Über funktionelle Lähmungen bei Kriegsverletzten. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 17.
304. — Über Kriegsneurose, ihre Prognose und Behandlung. Archiv für Psych. und Neurol. 57. Bd., 1. H., 1916.
305. Rothfeld: Eine Analyse der motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsneurosen. Feldärztl. Bl. der k. u. k. II. Armee, 1917, Nr. 26.



306. Rothmann: Der Krieg und die Neurologie. Neurol. Zentralblatt 1914.
307. — Zur Beseitigung psychog. Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münchner med. Schr. 1916, Nr. 35.
308. Rumpf: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
309. Sabat: Über Röntgenuntersuchung des Kopfes bei Epilepsie. Röntgentaschenbuch, Sommer, VI., 1914.
310. Sänger: Über die durch den Krieg bedingten Folgezustände im Nervensystem. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 16.
311. — Ärztlicher Verein in Hamburg am 14./12. 1915.
312. — Diskussion zu Oppenheim. Münchner Tagung.
313. Sarbó, v.: Über den sogenannten Nervenchok nach Granat- und Schrapnellexplosionen. Wiener klin. Wochenschr. 1915. Nr. 4.
314. — Über die durch Granat- und Schrapnellexplosionen entstandenen Zustandsbilder. Ibidem 1916, Nr. 20.
315. — Über pseudospastische Parese mit Tremor als Folge von Durchnässung, Erfrierung usw. Ibidem 1916, Nr. 34.
316. — Die durch Granatfernwirkung entstandene Taubstummheit — eine medulläre Erkrankung. Med. Klin. 1916, Nr. 38.
317. — Neue Beiträge zur Kriegstaubstummheit. Wiener klin. Wochenschrift 1916, Nr. 50.
318. — Granatfernwirkungsfolgen und Kriegshysterie. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 9.
319. — Über Kriegsnervenschädigungen. Wiener klin. Wochenschr. 1917, Nr. 41/42.
320. Schanz: Zur Pathologie und Therapie der Schüttler. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.
321. Schmidt, W.: Die psych. und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych. (O.), 29. Bd., 5. H., 1915.
322. Schmidt: Schizophrenie und Dienstbeschädigung. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1916, 40. Bd., H. 4.
323. Schneider E.: Zur Klinik und Prognose der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 41.
324. Schröder: Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Stuttgart, 1915.
325. — Geheilte Kriegsneurose. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 6, S. 256.
326. Schrötter, v.: Über namentlich in den Unterschenkeln lokalisierte Schmerzen nach Beobachtungen im Frontbereich. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 7.
327. Schüller: Kriegskasuistische Mitteilungen. Der Militärarzt 1915, Nr. 20.
328. — Über Gamaschenschmerzen. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 35.
329. — Zur militärärztlichen Konstatierung der Epilepsie. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 8.
330. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
331. — Röntgendiagnostik der Erkrankungen des Kopfes. Wien, 1912.



332. Schüller, L.: Heilungen der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 21.
333. Schultze, E.: Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen. Fischer, Jena, 1907.
334. — Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Fischer, Jena, 1904.
335. Schultze, Fr.: Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenie und Hysterie. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 15.
336. Schultze, O.: Über die Kaufmannsche Behandlung hysterischer Bewegungsstörungen. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 38.
337. Schuster: Crampusneurose. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 3.
338. — Kriegsneurologische Demonstrationen. Autoref. Ibidem Nr. 23.
339. — Entstehen die traumatischen Neurosen somatogen oder psychogen? Ibidem 1916, Nr. 12.
340. — Diskussion zu Schröder (322). Ibidem 1917, Nr. 8.
341. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
342. Seelert: Über Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 38. Bd., 6. H., 1916.
343. Selig: Die Geisteskrankheiten des Krieges. Gyógyászat, 1916, Nr. 27. Ref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 7.
344. Seige: Typhuspsychosen im Felde. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 9.
345. — Über psychogene Hör- und Sprachstörungen. Monatsschr. für Psych. und Neurol., 39. Bd., 6. H., 1916.
346. — Diskussion zu Meyer-Wilmanns und Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
347. Sigg: Im Nervenlazarett. Schweizer ärztl. Korrespondenzblatt 1917, Nr. 5, zit. nach Birnbaum.
348. Simons: Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung, S. 4.
349. Singer: Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 8.
350. — Allgemeines zur Frage der Simulation. Würzburger Abhandlungen, XVI. Bd., 6. H., 1916.
351. — Die traumatischen Neurosen im Felde. Zeitschr. für ärztl. Fortb. 1916, Nr. 15.
352. Sommer: Krieg und Seelenleben. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 39/40.
353. — Über Epilepsie und Krieg. Schmidts Jahrbuch für die ges. Medizin 1916, 4. H. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 37.
354. — Beseitigung funktioneller Taubheit (besonders bei Soldaten) mit einer experimentell-psycholog. Methode. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 4.
355. Spliedt: Über Psychosen bei Kriegsgefangenen. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916/17, Nr. 43/44. Ref. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 7.



356. Steiner: Neurologie und Psychiatrie im Kriegslazarett. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 30. Bd., 2. und 3. H.
357. Stelzner: Die Kriegsverwendungsfähigkeit der psychisch Abnormen. Archiv für Psych. und Neurol. 1916, 56. Bd., H. 1/3.
358. — Erschöpfungspsychosen bei Kriegsteilnehmern mit besonderer Berücksichtigung der Dämmerzustände. Ibidem 1917, 57. Bd., H. 3.
359. Stertz: Typhus und Nervensystem. Beiheft I zur Monatsschr. für Psych. und Neur. 1917. S. Karger, Berlin.
360. Stiefler: Klinischer Beitrag zur Schädigung der peripheren Nerven bei den Erfrierungen nach Durchnässung. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 23.
361. — Forensisch-psychiatrische Beobachtungen im Felde. Jahrbuch für Psych. und Neurol., 37. Bd., 1916.
362. — Über nervöse und psychische Störungen nach Granatexplosionen. Feldärztl. Bl. der k. u. k. 2. Armee. 1917, Nr. 22/23.
363. — Zwei Fälle von Tetanie mit Beziehung zur Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr. 1907, S. 959.
364. Stiefler und Volk: Über Störung der Harnentleerung infolge Erkältung. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 34.
365. Stier: Zur militärischen Beurteilung nervöser Krankheitszustände, speziell der Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 38 und 39.
366. — Über Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit 1903, bei C. Marhold, Halle.
367. — Der Militärdienst der geistig Minderwertigen. Vortrag VI., Verbandstag der Hilfsschullehrer Deutschlands 1907 (Sonderabdruck).
368. — Zitiert bei Weyert.
369. Stransky: Einiges zur Psychiatrie und zur Psychologie im Kriege. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 27.
370. — Feldneuritis. Wiener med. Wochenschr. 1915, Nr. 42; ibidem 1916, Nr. 31; Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 9.
371. — Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
372. — Erweiterte Diskussion. Bemerkungen zum Vortrage Tandlers über Krieg und Bevölkerung. Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 18.
373. — Diskussion zu Meyer-Wilmanns und Bonhöffer. Münchner Tagung.
374. — Über die Dementia praecox. Wiesbaden, 1909.
375. — Das manisch-depressive Irresein. Aschaffenburgs Handbuch für Psychiatrie.
376. Strümpell: Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klin. 1916, Nr. 18.
377. — Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheil., 55. Bd., H. 1—3, 1916.
378. Subotitsch: Vollbrecht und Wieting-Pascha, Berlin 1915, Fischers med. Buchhandlung, H. Kornfeld; zitiert nach Weigandt (406).



379. Szedlák: Simulierung und Aggravation nervöser Krankheiten während des Militärdienstes. Ref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 7.
380. Sztanojevits: Neurologisches während des Feldzuges. Ref. Med. Klinik 1915, Nr. 42.
381. Tintemann: Unzulängliche im Kriegsdienst. Allgem. Zeitschr. für Psych., 73. Bd., H. 1, 1917.
382. Trömner: Psychogene und kortikale Sensibilitätsstörungen. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 16.
383. — Diskussion zu Nonne. Ibidem 1916, Nr. 6.
384. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
385. — Kriegshysterie (Demonstration). Autoref. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 11.
386. Tsiminakis: Die Karotidenkompression bei Epilepsie und Hysterie. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 44.
387. Uffenheimer: Demonstrationen. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1916; Nr. 12 und Nr. 30.
388. Urbantschitsch: Über hysterische Taubstummheit. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 45.
389. Volk und Stiefler: Über Erfrierungen. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 5.
390. Voss: Zur Frage der Simulation bei Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 48.
391. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
392. — Zur Frage der „Begehrungsvorstellungen" und ihrer Bedeutung für die Entstehung der Hysterie. Med. Klin. 1917, Nr. 32.
393. Wagner-Jauregg, v.: Saltatorischer Reflexkrampf bei einem Soldaten. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr. 7.
394. — Erfahrungen über Kriegsneurosen. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36 und 45, 1917, Nr. 4 und 21.
395. — Diskussion zum Referate Redlich.
396. Wagner: Überblick über die in der Heil- und Pflegeanstalt Giessen beh. nerv. und geisteskranken Soldaten. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 15.
397. — Die Dienstbeschädigung bei nerven- und geisteskranken Soldaten. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (O.) 37. Bd., H. 3/4, 1917.
398. Weber: Über Granatkontusion (Gaupp). Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 1915, Nr. 16; zitiert nach Birnbaum.
399. — Diskussion zu Bonhöffer. Münchner Tagung.
400. — Hysterische Schüttlererkrankung und Insufficientia vertebrae (Schanz). Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 18.
401. Weichbrodt: Über eine einfache Methode zur schnellen Heilung hysterischer Störungen. Ref. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. (R.) XIV/1, 1917.
402. Westphal: Hysterische Taubstummheit bei Kriegsteilnehmern. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 52.
403. Westphal-Hübner: Über nervöse und psychische Erkrankungen im Felde. Med. Klin. 1915, Nr. 14/15.



404. Wetzel: Das Zustandsbild der frischen Shokpsychosen im Felde. Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 9.
405. Wexberg: Neurologische Erfahrungen im Felde. Wiener med. Wochenschr. 1916, Nr. 36.
406. Weyert: Militärpsychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen 1915, bei C. Marhold, Halle.
407. Weygandt: Versorgung der Neurosen und Psychosen im Felde. Med. Klin. 1914, Nr. 39.
408. — Geisteskrankheiten im Kriege. Münchner med. Wochenschr. 1914. Nr. 42/43.
409. — Kriegspsychiatrische Begutachtungen. Münchner med. Wochenschrift 1915, Nr. 37.
410. — Diskussion zum Vortrag Sänger-Cimbal. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 13.
411. — Kriegseinflüsse und Psychiatrie. Jahreskurse für ärztl. Fortb. 1915, Maiheft.
412. — Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege. Ibidem 1916, Maiheft.
413. — Psychiatrische Gutachtertätigkeit im Kriege. Ibidem 1917, Maiheft.
414. — Die Kriegsparalyse und die Frage der Dienstbeschädigung. Münchner med. Wochenschr. 1916, Nr. 33.
415. — Demonstration über Diensttauglichkeit und Dienstbeschädigung. Neurol. Zentralblatt 1917, Nr. 18.
416. Wiegand: Über Granatkommotionsneurosen. Inaug.-Dissertation Freiburg im B. Ref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 9.
417. Wilmanns: Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen. Kriegstagung des Deutschen Vereines für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916. Ref. Allgem. Zeitschr. für Psych., 73. Bd.
418. — Diskussion zu Oppenheim-Nonne-Gaupp. Münchner Tagung.
419. — Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Dienstbereiche des XIV. Armeekorps.
420. — Die Beobachtungsabteilungen des XIV. Armeekorps. Münchner med. Wochenschr. 1917, Nr. 12.
421. Wittermann: Kriegspsychiatrische Erfahrungen aus der Front. Münchner med. Wochenschrift 1915, Nr. 34.
422. Wollenberg: Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern. Münchner med. Wochenschr. 1914, Nr. 44.
423. — Über die Wirkungen der Granaterschütterungen. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1915, Nr. 23.
424. — Lazarettbeschäftigung und Militärnervenheilstätte. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 26.
425. — Weitere Erfahrungen mit der Heilbeschäftigung nervenkranker Soldaten. Ibidem 1916, Nr. 1.
426. — Über funktionelle Extremitätenlähmungen. Autoref. Neurol. Zentralblatt 1916, Nr. 17.
427. — Wesen und Behandlung der Kriegsneurosen. Med. Klin. 1916, Nr. 52.



428. Wollenberg: Zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Beiträge zur klin. Chir. 1916, 101. Bd., 4. H.
429. — Diskussionsbemerkungen auf der Münchner Tagung.
430. Zahn: Die hypnotische Behandlung bei im Felde entstandenen psychogenen Erkrankungen. Med. Klin. 1916, Nr. 24.
431. Zange: Über hysterische (psychogene) Funktionsstörungen des nervösen Ohrapparates im Kriege. Münchner med. Wochenschr. 1915, Nr. 28.
432. Ziehen: Psychiatrie, 4. Auflage.

Zur Ätiologie der nach Granatkommotion auftretenden psychotischen Zustände.

Von

Dr. Ernst Herzig, Wien-Steinhof.

Von Anbeginn des gegenwärtigen Krieges wurden bis zum 31. Dezember 1917 3058 Militärpersonen in unserer Anstalt aufgenommen. Bei einer größeren Zahl derselben sollte dem Ausbruche der Psychose eine in unmittelbarer Nähe der betroffenen Person stattgehabte Granatexplosion vorausgegangen sein, die dann sowohl von den Angehörigen der Patienten wie unter Umständen von letzteren selbst als die nähere oder entferntere Ursache der psychischen Erkrankung hingestellt wurde. Da diese Ursächlichkeit, wie ja alle Autoren, welche mit den betreffenden Krankheitsbildern zu tun haben, einmütig zugeben, zu leicht und darum zu viel und zu oft ohne objektiven Nachweis bleibt, braucht man sie nicht auf die bloße Angabe hin zu glauben; der daraus erwachsene therapeutische Schaden ist gleich Null, da die betreffenden Psychosen stets erst nach Ablauf einer zureichenden Frist in fachgemäße Behandlung kommen und die zum Beispiel in Deutschland verlangte Zeit, in welcher unmittelbar nach dem Trauma eine eigentliche Behandlung nicht durchgeführt werden soll, beim Eintreten in dieselbe verstrichen ist. Wenigstens für die unserer Anstalt zugeführten Kranken hat diese Feststellung vollkommene Gültigkeit.

Ich ging darum der Anamnese der in Betracht zu ziehenden Psychosen nach. An der Hand der Vormerkblätter, der Angaben dritter, an der Krankheit nicht profitierender oder Schaden leidender Personen hauptsächlich, dann aber auch der Depositionen wieder gesundeter Patienten selbst — dieser letzteren nur dann, wenn mir die Glaubwürdigkeit der Patienten durch ihr sonstiges Verhalten



und ihre ethischen Anschauungen gesichert war —, suchte ich mir die Tatsache der Granatexplosion, welche den geistigen Zustand alteriert haben sollte, zu sichern. Alle nicht in dieser Weise beglaubigten Angaben wies ich ab. Die betreffenden Granatexplosionsfälle habe ich infolgedessen in dieser meiner Arbeit nicht berücksichtigt. Ich verhehle mir nicht, daß auch noch der eine oder der andere eigentlich an sich fälschlich mit einbezogen wurde und eine noch weitergehende Prüfung volles Licht in die Sachlage bringen könnte. Eine solche Prüfung überschreitet die Grenzen der moralischen Möglichkeit.

Mich ganz dem bisher geübten Gebrauche anschließend, habe ich nur jene Psychosen in dem Rahmen des Aufsatzes verwertet, bei denen die Granatexplosionswirkung eine vollkommene war. Ich meine diejenigen, bei welchen beim Unfalle eine Bewußtseinsstörung in Form von Bewußtlosigkeit da war. In der gleichen Weise, wie es von anderen Seiten festgestellt wurde, habe auch ich bei keinem meiner hieher gehörigen Krankheitsfälle außer der eben erwähnten Hirnerschütterungserscheinung noch Erbrechen nachweisen können.

In der gekennzeichneten Weise vorgehend, habe ich einen nicht unbedeutenden Prozentsatz von Krankheitsfällen, die nach einer Granatkommotion in unmittelbarer oder mittelbarer Zeitfolge eingesetzt haben sollten, aus der Zahl der hier zu berücksichtigenden Fälle ausscheiden müssen. Es erübrigten mir als solche letzterer Art nur noch 99. Es fallen davon 63 auf jene, welche als unmittelbare Folgen der Erschütterung auftraten und als solche in unsere Anstalt aufgenommen wurden; 36 gelangten erst in einem weiter nach vorn liegenden zeitlichen Ablaufe zur Beobachtung. Unberücksichtigt ließ ich, ob bei diesen letzteren seinerzeit zur Unfallszeit psychotische Erscheinungen aufgetreten waren, zumal sich mir dieser Klarstellung in den meisten Fällen geradezu unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellten. Ich mußte mich damit begnügen, mit genügender Sicherheit annehmen zu dürfen, daß eine Granatkommotion tatsächlich seinerzeit vorhanden gewesen war. Besonderen Wert lege ich auf den Nachweis der psycho-pathologischen Kette, die von ihr zum späteren psychotischen Zustand herüberreichen soll und muß, wenn man an eine kausale Verknüpfung denkt. Diese pathologische Kette wurde überall durch die Erscheinungsformen der psycho-pathologischen Konstitution gebildet. Meistens hatten die Patienten über seit dem Explosions-

ereignis bestehende, nach Erregungen sich verschärfende Kopfschmerzen zu klagen. Andere waren davon frei, fühlten sich aber seitdem ganz anders. Nebenher ging stets gegenüber früher gesteigerte Reizbarkeit, die dann auch immer die Ursache zur Internierung wurde.

In der Mehrzahl der letzteren (36) Fälle wurde von den Patienten selbst die Angabe gemacht, sie hätten als unmittelbare Explosionswirkung seinerzeit einen psychotischen Zustand zu überstehen gehabt. Leider gelang es mir bei keinem der Fälle, darüber von uninteressierter Seite Kenntnis zu erlangen. Einzig über das Faktum der Kommotion selbst konnte ich derartige Feststellungen erhalten. Ich legte darauf ganz besonderen Wert, weil ich ja gar nicht die Absicht habe, über alle möglichen psychischen Folgewirkungen, welche aus Anlaß einer mitgemachten Granatexplosion auftreten und sich entwickeln können, meine Ansicht zu äußern, sondern, wie ich schon bemerkte über jene, welche durch eine abgegrenzte Art der unmittelbaren Explosionsfolge hervorgerufen scheinen. Denn nur die Diskussion über diese hat zu einer schärferen Divergenz zweier Ansichten geführt, weil die eine ebenso wie die andere Gründe für ihre alleinige Richtigkeit geltend machen zu können meint. Davon später.

Für alle psychischen Erkrankungen, welche mit den Kriegsereignissen als wirkenden oder auslösenden Ursachen in Zusammenhang stehen, hat man vielfach den Ausdruck der Kriegspsychosen geprägt. Zum großen Teile hat man sich damit einen Verlegenheitsnamen und Verlegenheitsbegriff geschaffen, der in ganz einseitiger Weise aus dem ätiologischen Faktor genommen war und der damit den Hauptgrundsatz unserer modernen Psychiatrie übersah. Dieser letztere verlangt die Zusammenfassung der nach dem Verlaufe gleichen Krankheitsbilder unter einem Allgemeinbegriff, während die verschiedene Ätiologie nur dann in die Wagschale fällt, wenn sie erfahrungsgemäß eine verschieden verlaufende Krankheit zur Folge hat.

In ähnlicher Weise hat man dem Ausdrucke der Granatkontusion den Begriff einer nosologischen Einheit unterlegen wollen. Einer solchen entspricht jener nicht. Denn dieselben Krankheitserscheinungen konnte und kann man bei Soldaten beobachten, die, ohne eine solche Kontusion erlitten zu haben, psychisch krank vom Kriegsschauplatz zurückgekehrt, ja sogar bei solchen, die niemals



noch auf denselben gekommen waren. Sollte ich das nach solchen Kontusionen in Erscheinung tretende Bild unter einem der gebräuchlichen psychiatrischen Krankheitsbezeichnungen registrieren, dann würde ich das Krankheitsbild der Amentia wählen zur Bezeichnung jener psycho-pathologischen Zustände, welche sich unmittelbar nach dem Trauma entwickeln. Die späteren Folgezustände richtig zu katalogisieren, hat Schwierigkeiten. Die Kontroverse über Granathysterie oder Traumafolge beherrscht die Diskussion.

Die Chirurgie hat sich seit langer Zeit mit den grob anatomischen Komplikationen der Hirnerschütterung befaßt und als primäre Läsion beschrieben: hämorrhagische Herde im Gehirn und in dessen Umgebung, Knochenveränderungen an der knöchernen Schädelhöhle, encephalitische und meningitische Veränderungen. Aus diesen Läsionen entstanden dauernde Lähmungen, konvulsive Reizerscheinung und allgemeine Meningitis. Bald veröffentlichten die Neurologen ähnlich schwere Krankheitsbilder, die aber nicht in der Abfolge einer Verletzung im engeren Sinne, sondern in der einer einfachen Hirnerschütterung auftraten. Trotzdem einige diesbezügliche Obduktionsbefunde den Nachweis lieferten, daß auch bei diesen Krankheitsbildern die Grundlage von einer wenn auch nur mikroskopisch nachweisbaren Veränderung im Gehirne gebildet wurde, hat man doch den Effekt der Gehirnerschütterung nicht immer als den Effekt einer mechanischen molekularen Änderung eingeschätzt. Unter der Neuheit der „traumatischen Neurose“ hat diese Auffassung als allzu mechanistisch ihren Wert großenteils verloren. Die rein funktionelle Wesenheit der Hirnerschütterungspsychosen und Hirnerschütterungsneurosen zu behaupten, wurde Gewohnheit. Insbesondere die Autorität eines Charcot hatte zur Überwindung des Widerstandes jener viel beigetragen, welche die Deutung der genannten Zustände im Sinne einer makroskopischen oder mikroskopischen Gehirnstrukturänderung verfochten. Man bezeichnete jetzt das psychische Moment (des Erschreckens und des Aufgeregtseins) als den wesentlichen und für die krankhaften Erscheinungen kausalen Faktor. Gegenüber der mechanischen Auffassung vom Kommotionseffekte betrachtete man die von der psychischen Kausalität als einen grundlegenden Fortschritt, dem nur manche mit Strümpell nicht in uneingeschränktem Maße huldigten. Diese suchten durch eine Trennung der Wirkung des einen Faktors von der des anderen der Wahrheit gerecht zu werden.



Strümpell unterschied zwischen lokaler traumatischer Neurose und allgemeiner traumatischer Neurose. Für die erstere Form nahm er den Krankheitseffekt als einen psychischen Effekt des Traumas, während er die letztere als durch die mechanische Kommotion allein bewirkt ansah. Diese sei als eigentliche traumatische Neurose anzuerkennen, jene aber eine durch Verletzung wachgerufene Hysterie, eine traumatische Hysterie. Mit dieser Unterscheidung scheint mir die Klarheit nicht gewonnen zu haben. Denn nicht darum dreht sich die Diskussion, ob durch dieselbe Wirkursache des Traumas differente Effekte herbeigeführt werden, sondern ob in den einzelnen Fällen von Gehirnerschütterung als die Ursache der in die äußere Erscheinung tretenden Symptome ein mechanisches oder ein psychisches Trauma zu gelten haben. Die Strümpellsche Auffassung wäre die Antwort auf eine Frage im Sinne der eben erwähnten Diskussionsbeantwortung. Diese Auffassung gibt von vornherein kaum einen Anlaß zur Gegenstellung, weil es doch mehr als wahrscheinlich ist, daß psychische und mechanische Chokwirkung auf das Nervensystem dieselbe Wirkung ausüben, dafür spricht schon die Analogie mit anderen psycho-pathologischen Zuständen, die in derselben Weise auf Grund seelischer Erregungen wie nach Kopftraumen auftreten. Und wie die grundlegenden Traumen selbst, können die Effekte jedes derselben in den einzelnen Fällen verschieden sein. Denn die Traumen des Nervensystems können verschiedene Funktionssysteme schädigen, da sie verschiedene Angriffspunkte finden können. Darum muß man die Frage nach der Natur des Traumas von jener nach der Natur der Traumawirkung auseinanderhalten.

Bezüglich der Granatkommotionen hat die Diskussion eine Verschiedenheit in der Beurteilung der Frage nach dem ursächlich wirkenden Trauma an den Tag gebracht. Jetzt hat man nicht mehr eine Unterscheidung der psycho-pathologischen und der neuro-pathologischen Erscheinungen gemacht, ob dieselben lokale oder allgemeine seien, seitdem man die Erkenntnis gewann, daß sowohl die einen wie die anderen durch ein psychisches oder ein mechanisches Trauma zustande kommen können.

Die psycho-pathologischen Erscheinungen stehen an erster Stelle. Denn sie bilden die Grundlage für alle Divergenz der Auffassung. Rein neuro-pathologische werden nur von den Vertretern der rein traumatischen Genese anerkannt, während ihre Gegner alle auf dem Boden angeborener oder erworbener psycho-pathologischer



Konstitution erwachsen lassen, sowohl jene, bei denen es sich um Psychosen im engeren Sinne handelt, die in das Schema der bekannten psychischen Erkrankungsformen fallen, wie die anderen, welche nur einem pathologischen (speziell) hysterischen Geisteszustand ihre Manifestation verdanken sollen. Den Kern dieser psycho-pathologischen Verfassung bildet die krankhafte Stimmungslage. Dieser Änderung in der affektiven stehen keine Änderungen der intellektuellen zur Seite, weder in der Form von Wahnvorstellungen noch von Defekten. Dauer hebt Krafft-Ebing unter den diagnostisch bemerkenswertesten Zeichen der postkommotionellen Seelenverfassung die „auffallende, oft progressive Gemütsreizbarkeit“ an erster Stelle hervor. Aber auch darum verlangen die psycho-pathologischen Erscheinungen besondere Beachtung, weil sie von den Traumatikern als erst und allein durch das körperliche Trauma erzeugt, von den Psychogenikern als vor diesem schon vorhanden bezeichnet werden, wenn auch gradueller Unterschied für die Zeit nach dem Trauma zugegeben wird. Unter diesem Gesichtspunkte umfaßt der behauptete Primat der psycho-pathologischen Erscheinungen Psychosen im usuellen Sinne und die sonstigen psychischen Anomalien. Denn das Wesen des krankhaften Prozesses bleibt bei den Vorgängen beider Arten dasselbe, der Effekt ist ein verschiedener, weil er in dem Falle, in welchem es schließlich zum Auftreten psycho-pathologischer Symptome kam, seine Lokalisation an einem Orte fand, dessen Verletzung, Strukturänderung oder Abgebundensein von normalen vitalen Verhältnissen immer eine Störung der psychischen Funktionen zur Folge hat. Dieser Ort ist das Gehirn und speziell die Gehirnrinde. Diese feststehende Tatsache wurde von gar niemandem bezüglich der Kommotionspsychosen und -Neurosen angezweifelt, so daß also auch für die psycho-pathologischen Zustände nur die eine Frage zur Diskussion bleibt, ob ihr Zustandekommen zu erklären sei durch kausale Begründung eines vorhergegangenen mechanischen oder eines vorhergegangenen psychischen Traumas. Wer beide daran beteiligt sein läßt, zieht sich mit seiner Annahme am leichtesten aus der Affäre. Die Gegnerschaft der Autoren besteht nur dann, wenn die einen behaupten, das psychische Trauma sei die alleinige suffiziente Ursache der kommotionellen Geistesstörung,  während die anderen bezüglich des mechanischen Traumas dieselbe Behauptung aufstellen. Wenn ich von Gleichheit im Wesen des krankhaften Prozesses rede, habe ich im Auge, daß derselbe bei beiden Arten der Genese in

einer Erschütterung der nervösen Apparate bestehe. Die Frage klärt sich also dahin: Wird jene Erschütterung durch eine physische Erschütterung des Organismus herbeigeführt oder gründet sie sich auf eine von der Psyche an die Nervenapparate eingepflanzte? Letztere verficht die Gleichstellung der erwähnten psychischen Zustände mit jenen, welche in den letzten Dezennien unter dem Begriffe der traumatischen Neurosen zusammengefaßt wurden. Man kann aber nicht übersehen, daß diejenige Form der Unfallsneurosen, welche im Anschlusse einer Gehirnerschütterung auftritt, von allen anderen prinzipiell abweicht, indem jede psycho-pathologische Reaktion der Psyche auf eventuelle äußere Eindrücke ganz wegfällt, wenn man die Entstehung der Krankheit ins Auge faßt. Daß im Verlaufe früher oder später durch eine solche Reaktion eine psychogene Psychose oder Psychoneurose sich zeigen könne, ist nicht von der Hand zu weisen. Dieselbe bildet dann aber einen an sich selbständigen psycho-pathologischen Zustand, der gegenüber dem erstgenannten etwas sekundär Gebildetes darstellt. Er ist eine psychologische oder bei Überschreitung der das Individuum vom geordneten sozialen Leben abscheidenden Grenzen psycho-pathologische Folge- und Nachwirkung des Unfalls.

Man hat also zu unterscheiden zwischen der Frage nach der Entstehung der postkommotionellen psycho-pathologischen Symptome und jener nach dem eventuellen Fortbestehen derselben. Die letztere stellt ein Korollarium zur ersteren dar, insofern diese divergierende Anschauungen über den der Entstehung folgenden Verlauf die Beurteilung des vorliegenden Krankheitsbildes und seine therapeutische Behandlung zur Folge hat und Divergenzen in der letzteren. Darum fragt es sich jetzt, ob das mechanische Trauma jene Erscheinungen, welche unmittelbar und welche später nach dem Kommotionsereignis auftreten, bewirkt habe, ob ein nebenhergehender Affekt die Wirkursache sei. Es handelt sich aber nicht darum, ob das eine oder das andere Trauma als die genannte Ursache auftreten könne, sondern ob in den Fällen von Granatkommotionen, welche man im jetzigen Kriege beobachtet, das eine oder das andere Trauma tatsächlich die Ursache ist oder nicht. Beweise werden verlangt. Nach dem subjektiven Eindrucke, welchen man empfängt, zu urteilen, hat keinen wissenschaftlichen Wert. Weil v. Sarbò dieser reinen Subjektivität im Urteilen gerade bei den Anhängern der psychogenen Genetik der Kommotionsfolgen begegnete, hat er seiner Abfertigung



eines derartigen Vorgehens in folgenden scharfen Sätzen Ausdruck gegeben[1]): „Auf welche Grundlage, mit welcher Berechtigung behauptet man von einem Symptomenkomplex, daß er psychogen bedingt sei, wenn man diesen Ursprung nicht beweisen kann? Wie kann Schmidt[2]) behaupten, daß der Verwundete den psychischen Chok, der ihn krank macht, durch Amnesie vergessen hat?"

„Warum sollte er gerade den mächtigsten Eindruck vergessen, wo er sich an alle vorherigen Ereignisse und Handlungen bis in die kleinsten Einzelheiten erinnert? Auf welcher Basis und womit begründet man, daß dieser gewaltige psychische Eindruck verschwindet und wenn dem der Fall, wohin verschwindet er — ins Unterbewußtsein? Auf diese Weise kann man alles behaupten und wird jedes weitere Forschen überflüssig. Mit dieser Beweisführung können wir mit derselben Berechtigung erklären, daß im Momente der Explosion verdrängte Kindheitserlebnisse, an die Oberfläche gebracht, die psychische Ursache der Erkrankung abgeben. — Meines Erachtens müssen die Anhänger der psychischen Annahme den Zusammenhang zwischen psychischem Chok und Folgezuständen demonstrieren."

v. Sarbò[3]) sucht die psychologische Erklärung für das energische Verfechten der rein psychogenen Genetik darin, daß die Anhänger dieser Anschauung befürchten, die Ärzte könnten bei Annahme einer organischen Grundlage der Granatfernwirkungen dazu verführt werden, einen organischen Hintergrund und damit irreparable Störungen auch bei rein funktionellen Leiden vorauszusetzen, „die gleiche Gefahr, welche nach denselben Autoren bei den traumatischen Neurosen durch die Auffassung Oppenheims entstanden

---

[1]) v. Sarbò, Wiener klinische Wochenschrift 1916, Nr. 20.

[2]) Ich finde, daß Schmidt in seinem diesbezüglichen Artikel (Zeitschrift für die ges. Psych. und Neurol. XXIX) eine Meinung vertritt, welche durchaus nicht als ein einseitiges Verfechten der psychogenen Genese aufzufassen ist. Denn er sagt unzweideutig: „Aber selbst ein Beobachter ohne jede Voreingenommenheit muß zugeben, daß bereits die Betrachtung des ätiologischen Momentes eine mechanische und psychogene Entstehungsmöglichkeit der Symptomenkomplexe zugeben muß." Und: „Nach wie vor werden sich die Anhänger einer mechanischen und einer psychogenen Entstehung der Krankheitsbilder gegenüberstehen und beide Parteien werden bei objektiver Würdigung der Tatsachen zugeben müssen, daß auch der Gegner in mancher Beziehung recht hat."

[3]) v. Sarbò, Neurologisches Zentralblatt 1917, S. 361.



ist.“ Der organische Hintergrund erscheint aber nicht als ein Begriff, welcher jenen der Irreparabilität in sich schließt; denn auch bei anderen Krankheiten, mit denen die Medizin sich zu beschäftigen hat, hat man einen organischen Hintergrund, und doch — wie viele enden mit vollständiger restitutio ad integrum! Die Verknüpfung beider Zustände kann darum nicht aus dem objektiven Zusammenhange von organischer Begründung und Wiederherstellungsunfähigkeit begründet werden; sie bildet vielmehr eine rein imaginäre subjektive Konsequenz, welche dieser oder jener Arzt aus der Tatsache der organischen Grundlegung zog. Für dieselbe kann man aber nicht jene Autoren verantwortlich machen, welche aus prinzipiellen Gründen anderer Natur für die rein funktionelle Auffassung sich einsetzen.

Soweit ich in meinen Fällen Verwertbares über das Trauma erfahren konnte, handelte es sich in allen Fällen eigentlich um eine Kombination. Der Luftdruck allein kam nicht dabei in Betracht. sondern daneben noch schweres Auffallen nach Hub in die Luft oder ohne solchen, in vielen anderen Fällen eine Verschüttung in der aufgeworfenen Erde. Durch diese Tatsache wird einerseits das Verständnis der mechanischen Traumawirkung näher gerückt, und damit das eventuelle mikrostruktureller Alterationen im Gehirne, andrerseits die Pathogenese der Traumawirkung kompliziert gegenüber jenen, welche dann zwischen den beiden mechanischen Traumen doch noch ein psychisches einschieben. Eine solche Einschiebung ist gleichbedeutend einer Verschiebung. Indem man das psychische Trauma einfach an einen anderen Ort in der eventuellen Reihe der Kausalitätsfaktoren versetzt, trägt man damit selbstverständlich zu einer Lösung der Grundfrage gar nichts bei. Denn immer fordert man den Beweis des behaupteten psychischen Traumas, da ja, wie später ausführlicher dargelegt werden wird, die auftretenden krankhaften Erscheinungen keine solchen sind, daß sie eindeutig eine psychische Verursachung verlangen. Es müßte derselbe ebenso treffend sein, wie in jenen Fällen, in denen es mir gelang, durch vorsichtige Analyse der allgemeinen Angaben herauszubekommen, daß nach der Explosion, durch den eingetretenen Luftdruck, dem Individuum die Besinnung wenigstens nicht in dem Grade genommen war, daß nicht noch der Eindruck einer angeschlossenen weiteren Traumawirkung nach den beiden oben angedeuteten Richtungen im Gedächtnisse festhaften konnte. Wenn ich auch weit entfernt bin,



eine solche Komplikation in jener Häufigkeit anzunehmen, in der sie von vielen in bewußter oder unbewußter Übertreibung in der Rekonvaleszenz behauptet wird, so konnte ich doch in einer größeren Zahl hiehergehöriger Fälle keinen Grund finden, ihre Angabe in berechtigten Zweifel zu ziehen. Denn einmal erwies sich ihr Gedächtnis dann wieder so intakt, daß sie wohl eine Erinnerung an den ganzen Vorgang haben konnten, dann aber gab ihr Verhalten und ihr Charakter keinen Grund zur Annahme, die in Betracht kommenden Patienten hätten aus irgend einem Grunde etwas anderes erzählen wollen, als der subjektiven Kenntnis entsprach.

Außerdem bliebe plausibel zu machen, warum, bei aller sonstigen erfahrungsgemäßen Verschiedenheit der psychogenen Krankheitsbilder, doch dieselben vollkommen gleichförmig einsetzten bei den kommotionellen psychotischen Bildern: mit dem momentanen Einsetzen von Bewußtlosigkeit. Indessen scheint mir für die Kontroverse diese Tatsache keine Rolle zu spielen, nachdem ja, von einigen Fanatikern der Kriegshysterie abgesehen, von niemandem für dieselbe die Kausalität der mechanischen Gehirnkontusion in Abrede gestellt wird. Ob daneben noch ein Akt des Erschreckens in Betracht zu ziehen sei? Diese Frage kann nur an der Hand der Erinnerung derjenigen gelöst werden, welche als von den psychischen Folgen der Gehirnerschütterung geheilt wieder in den Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte gelangt sind. Da damit Sicherheit für die Richtigkeit jener Erinnerungen nicht gegeben ist, gestatten dieselben ihre einwandfreie Verwertung für die Genese des durchgemachten Zustandes nicht; um so weniger, als die rasche Aufeinanderfolge des physischen und des psychischen Traumas den Erinnerungsdefekt des ersteren im Zusammenhalte mit ähnlichen Erfahrungen aus durch den Augenschein sichergestellten Anamnesen derartiger Krankheitsfälle erklärbar macht. Für beide Traumen bilden dieselben anatomisch-physiologischen Vorgänge den Angriffspunkt der die Gehirntätigkeit in so hohem Grade störenden Änderung. Wer darum durchaus an einem genetischen psychischen Momente festhalten will, wird zur Klarmachung dieser Möglichkeit kaum der Notwendigkeit ausweichen können, daß er das dem Trauma vorhergegangene Vorhandensein der hysterischen Persönlichkeit nachweise. Denn ohne den nachgewiesenen hysterischen präformierten Affektausdruck kann eine Mitverursachung der ausgelösten Bewußtlosigkeit durch das psychogene Moment nicht anfaßbar auftreten. Ich bemühte mich

in geeigneten Fällen, diesen Punkt zu ergründen, konnte aber nie zu einem positiven Resultate kommen. Anfängliche bejahende Auskünfte hielten einer Analyse nicht stand. Ich möchte daher das Hauptgewicht bei der Bewertung der eben erwähnten Bewußtlosigkeit nicht auf diese an sich legen. Denn schon die Friedenserfahrungen haben die Erkenntnis gebracht, daß gerade hysterisch veranlagte Individuen auf erregende Geschehnisse mit Ohnmachten reagieren. Die Art der Bewußtlosigkeit nach Beginn, Verlauf und Lösung scheint mir das Eigentümliche zu sein, was dem Charakter der beobachteten hysterischen Ohnmachten nicht entspricht.

Hübner[1]) hat als differentialdiagnostisch wichtige Momente das Ergebnis der körperlichen Untersuchung (insbesondere die Feststellung von Hirnnervenlähmungen, Reflexstörungen, kompletter oder partieller Analgesien), das Vorhandensein des amnestischen Symptomenkomplexes und die Art, wie sich die Bewußtlosigkeit löst, bezeichnet. Er findet einen Unterschied, weil in der Mehrzahl der sicheren Fälle von Gehirnerschütterung die Gedächtnisstörung im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehe, allmählich und stetig abnehme,' während bei den psychogenen Zuständen nach dem Schwinden der Ohnmacht das Krankheitsbild mannigfaltiger und in seiner Intensität wechselnder sei, unter Umständen die einander folgenden Zustandsbilder kaum mehr mit dem klassischen amnestischen Symptomenkomplex übereinstimmen. Die weitgehende Übereinstimmung, welche eine große Zahl von postkommotionellen Amnesien mit hysterischen Dämmerzuständen bieten, läßt es ratsam erscheinen, auf den genannten Komplex nicht allzu differenzierenden Wert zu legen. Das wertvollste Moment scheint mir nach meinen Erfahrungen in der Art der Lösung der Bewußtlosigkeit zu liegen. Dieselbe ist bei der traumatogenen Bewußtlosigkeit in der ersten Zeit psychisch ganz unbeeinflußbar und hält den durch ihre organische Natur vorgezeichneten Weg des Ständigen, nie Sprunghaften bei. Die Beschränkung, „in der ersten Zeit" läßt die Möglichkeit einer solchen Beeinflussung zu dem Unfalle abgerückten Zeiten gelten, weil, wie ich später weiter ausführen werde, zu denselben eben die Möglichkeit solchen Einflusses durch die allmählich gewordene Leichtigkeit der zerebralen Erschütterungsfolgen gegeben ist.

Schon schwerer wie für den Punkt der Bewußtlosigkeit ist

[1]) Archiv für Psychiatrie 1917.



die Kausalität des psychogenen Faktors für alle folgenden Erscheinungen abzuweisen. Denn, wenn derselbe tatsächlich auch gar keine Beeinflussung der letzteren nach sich ziehen sollte, sind doch dieselben solcher Natur, daß sie ebensowohl durch physische wie durch psychische Kausalität begründet sein könnten. Man hat deswegen bei ihrer Betrachtung die Übereinstimmung in den äußeren Erscheinungen zu unterscheiden von jener in der Entstehung und im Wesen. Jene ist als gleich angenommen. Die Feststellung der letzteren begegnet großen Schwierigkeiten, welche in der Literatur durch ganz entgegengesetzte Bewertung gleichartiger Erscheinungen ihren Ausdruck fanden. Während von den einen die durchaus organische Grundlage aller diesbezüglichen Krankheitserscheinungen betont und jede Psychogenität brüsk abgewiesen wird, stellen andere gerade die letztere, als den Urgrund jener Symptome hin. Den Beweis für die alleinige Richtigkeit ihrer Ansicht zu erbringen, dürfte den einen ebenso schwer sein wie den andern. Erschwert wird die Lösung der Gegensätzlichkeit noch dadurch, daß es Fälle gibt, bei denen wohl nicht ihre Entstehung, sondern ihr Verlauf durch psychische Momente beeinflußt wird, indem diese eine nachweisbare Aggravation der tatsächlichen (in geringerem Grade objektiven) Krankheitserscheinungen verursacht.

Hier erhebt sich eine neue Schwierigkeit: Kann man diesen psychischen Einfluß in genügender Weise erkennen in seiner Zugehörigkeit und Nichtzugehörigkeit zum Psychopathologischen? Mit anderen Worten: Was ist als Aggravation und was ist als Simulation zu bewerten? Der Unterschied liegt in der Bewußtheit des Willensvorganges, welcher die in Betracht kommende äußere Erscheinung begründet. Ein sicheres Urteil über diese Bewußtheit läßt sich aber zu oft nicht gewinnen, zumal die Unterdrückung und die gewollte Hervorhebung einer Handlung Züge der gleichen aber psycho-pathologisch ausgelösten Handlung an sich haben muß. Wollte man die Leichtigkeit, mit der bei letzterer die Unterdrückung und Hervorhebung erfolgt, zur Differentialdiagnose heranziehen, dann hätte man die Schwierigkeit nicht beseitigt, sondern nur formaliter verschoben.

Bezüglich des Krankheitsbildes hat man zwischen der Erscheinung desselben an sich und demselben in seinem zeitlichen Ablaufe und seinem therapeutischen Verhalten zu unterscheiden. Die Gleichheit der ersteren hat vielfach zu Auffassungen geführt,



welche bei den einen mit ebenso großer Zähigkeit ein Festhalten an der hysterischen, wie bei anderen ein solches an der traumatischen Natur der in Betracht kommenden Zustandsbilder verlangten. Um die Richtigkeit der einen oder der anderen Ansicht mit der behaupteten Exklusivität vertreten zu können, ist der Nachweis zu erbringen, daß Züge im Krankheitsbilde sich finden oder wenigstens ein Zug unter den Krankheitssymptomen vorhanden sei, welcher nur auf Grund der vertretenen Ansicht seine Erklärung finden kann. Die Traumatiker behaupteten, daß die am Anfange der Psychose zu verzeichnende Bewußtlosigkeit für die traumatische Natur desselben spreche, da die ganze Art jener Bewußtlosigkeit in ähnlichen Erscheinungen psychogener Natur keine Analoga finde. Wenn man indessen auch für letztere ein derart tiefgehendes Versagen aller Sinnestätigkeit für die in Betracht kommende Dauer nicht ohne weiteres von der Hand weisen kann, erscheint es auch mir doch eine zu gewagte, weil nach den sonstigen Erfahrungen nicht beweisbare Behauptung, daß ein solches Versagen nicht durch einen Affekt ausgelöst werden könne. Indessen bleibt es unbenommen, für das Entstehungsmoment eine Kombination beider Ursächlichkeiten anzunehmen. Wie viel dann der einen und wie viel der andere zugeteilt werden soll und muß, kann mit Sicherheit in keinem Falle bestimmt werden, weil es sich ja ausschließlich um intrazerebrale Vorgänge handelt. Wer aber die alleinige Möglichkeit einer traumatischen Genese betont, weicht damit der im Vorhergehenden hervorgehobenen Schwierigkeit aus, sonst den tiefgehenden Defekt des Bewußtseins nur mit etwas Gewalt erklären zu können.

Ich finde, daß berufene Vertreter der Psychiatrie sich gegen den Vorwurf wehren mußten, die eine oder die andere der angezogenen Meinungen in extremer Auffassung vertreten zu haben. So v. Sárbó gegen den Vorwurf einer extrem mechanistischen Auffassung, denn er sei „weit entfernt, den Einfluß psychischer Faktoren bei Entstehung kriegsnervöser Zustandsbilder zu leugnen“. Man kann darum von seiner Meinung mit Leichtigkeit eine Brücke zu jenen schlagen, welche zu dieser Genese als Hauptentstehungsfaktor das psychogene Moment heranziehen, aber mit Bonhöffer traumatische Folgen in der anatomischen Struktur und den physiologischen Vorgängen im Gehirne zugeben.

Worin beide Meinungen bei ihren fanatischsten Vertretern nicht zusammenkommen, ist die Tatsachenfrage bezüglich zweier



Punkte: 1. Muß die Entstehung der Kommotionspsychosen auf ein physisches oder ein psychisches Trauma zurückgeführt werden? 2. Welches Moment hat für die nach Aufhören der Bewußtlosigkeit erscheinenden Symptome des Zitterns, der Taubstummheit, der Astasie, Abasie als das genetische zu gelten?

Zum ersten Punkte hat man sich einmal vor Augen zu halten, daß alle im Betracht kommenden Zustandsbilder mit ihrem Anfangsstadium in unmittelbaren zeitlichem Zusammenhange mit dem eine Gehirnerschütterung verursachenden Ereignisse stehen. Ich habe weder selbst einen Fall gesehen noch in den Beobachtungsblättern der Spitäler, in welche der Kranke vor der Aufnahme in unsere Anstalt gekommen war, eine Beschreibung gefunden, welche die ersten psychotischen Erscheinungen unter einem anderen Bilde als dem der Verwirrtheit darbot; Halluzinationen waren in vielen Fällen nicht nachzuweisen. (Aus dieser letzteren Erfahrung ergab sich nach meiner Auffassung kein Wesens-, sondern nur ein Gradunterschied der Krankheitszustände.) Bei jenen Individuen, welche bei dem kausalen Trauma zugleich irgend eine sichtbare Schädelverletzung davontrugen, begegnet die Annahme, daß mit ihr eine Erschütterung des Gehirnes verbunden war, keinen Schwierigkeiten. Jederzeit aber kann eine solche konstruiert werden, wo eine solche Schädelverletzung fehlt, also überall dort, wo nur der durch die Explosion erzeugte und in deren Nähe sich geltend machende Luftdruck als Kausalitätsfaktor angeschuldigt wird. Erhöht wird sie noch dadurch, daß selbst bei vollständiger Rückkehr zu geistiger Kraft eine volle Amnesie für die Vorgänge um die Zeit, die für die Frage nach der Ätiologie des folgenden Zustandes in Betracht kommt, besteht. Sollte doch in dem einen und dem anderen Falle die Erinnerungsfähigkeit behauptet werden, dann hat man gerade wieder aus der Erfahrung, aus den vielen entgegenstehenden Beobachtungen, Grund zur Annahme, daß jene Erinnerung auf eine bewußte oder unbewußte Täuschung zurückzuführen sei.

Das Moment der Bewußtlosigkeit *an sich* kann als beweisend von den Vertretern der rein traumatischen Genese nicht herangezogen werden. Denn auch bei Hysterie ist die während der Anfälle bestehende Bewußtlosigkeit eine vollkommene und echte. Es würde eine Verschiebung des Fragepunktes bedeuten, wenn man sie für die Entscheidung in Rechnung stellte. Indessen scheint mir *die Form* ihres Zustandekommens mit ihrer jedesmaligen Plötzlichkeit,



welche immer an den Eintritt eines ganz bestimmten äußeren Ereignisses gebunden ist, nur für die rein traumatische Natur der Ursache der psychotischen Erscheinungen zu verwenden.

Gegen die rein psychische Kausalität spricht vor allem die Schwere des nach der Hirnerschütterung auftretenden psychischen Krankheitsbildes. Die Entstehung auf psychogenem Wege zu erklären, begegnet unüberwindbaren Schwierigkeiten. Sollte dieselbe möglich sein, dann würde die Annahme sich notwendig erweisen, daß bei den in Betracht kommenden Individuen ein vollständig in sich zusammengebrochenes Nervensystem im Momente des Unfalles schon bestanden hätte. Alle aber erscheinen nach den Berichten als früher und bis zu demselben nervös wenigstens relativ fest. Daß plötzlich eine solche Änderung sich eingestellt habe, verstößt gegen jede naturwissenschaftliche Auffassung. In keinem Falle wird die psychogene Auffassung in der Erklärung der Art der psycho-pathologischen Zustandsbilder um die Notwendigkeit herum kommen, für dieselbe eine besondere störende Form der (materiellen) Großhirnfunktionen anzunehmen. Wenn dem so ist und andererseits eine solche Störung, welche in Störung entsprechender psychischer Funktionen sich hätte äußern müssen, aus denen sie erschlossen worden wäre, nicht für die Vergangenheit nachweisbar ist, erübrigt noch die Meinung, daß im Momente des Unfalles dieselbe sich gebildet habe; mit unerklärbarer Raschheit müßte die Psyche die Entfaltung des entsprechenden materiellen Mechanismus sich angeeignet haben. Hat die erwähnte nervöse und psycho-pathologische Konstitution früher schon bestanden, dann müßten doch in der Anamnese der Krankgewordenen psycho-pathologische Entgleisungen auffindbar sein, mit um so größerer Sicherheit, mit je größerer Heftigkeit die neue Erkrankung auftritt. Soweit bei meinen Beobachtungen verläßliche Angaben von Behörden und Angehörigen vorlagen, konnte ich bei denselben die verlangte psycho-neuropathologische Disposition nicht in e i n e m Falle nachweisen. Ob nach der Behebung der anfänglichen Bewußtlosigkeit ein anderes kausales Moment die ätiologische Rolle für die sich anschließenden Erscheinungen ganz oder mit übernehmen und übernehmen können, ist eine weitere Frage, welche mit der früheren nicht identisch ist und daher eine ganz getrennte Überlegung verlangt. Hier ist das eigentliche Feld, auf dem der Widerstreit der erwähnten Grundanschauungen am schärfsten zum Ausdrucke kommt. Aufbauend auf



dem Grundsatze, daß eine Kombination ätiologischer Momente nur aus zwingenden Gründen anzunehmen sei, haben die einen wie die anderen solche abgelehnt. Das Fehlen zwingender Gründe ergab sich beiden aus dem Fehlen der Notwendigkeit, die beobachteten Symptome aus einem anderen als dem einmal angenommenen Kausalitätsmomente heraus erklären zu müssen. Diese Notwendigkeit ist nicht vorliegend, wenn die beobachteten Erscheinungen unter der Voraussetzung dieses letztgenannten Momentes ohne Schwierigkeit und restlos erklärt werden können. Daß diese Möglichkeit gegeben sein müsse, folgt wohl schon daraus, daß auf beiden Seiten Autoren stehen, deren Routine und Umsicht dafür bürgt, daß sie ihr Urteil erst nach allseitiger Erwägung trafen.

Prinzipielle Wichtigkeit ist darum der Diskussion darüber zuzuschreiben, ob die nach akuten Hirnerschütterungen sich offenbarenden Erscheinungen von Zittern, Taubheit, Stummheit, Astasie, Abasie und Stottern traumatischer oder hysterischer Natur, ob ihr Bestehen und wieweit ihr Entstehen psychogen oder traumatogen sei. Da diese Frage nur dann entscheidend beantwortet werden kann, wenn die Erkenntnis der jeweils vorhandenen Gehirnvorgänge einwandfrei vorliegt, dieselbe aber in vivo unmöglich in jener Vollständigkeit erkennbar ist, welche zu jener Entscheidung erforderlich ist — gäbe es sonst so auseinandergehende Differenzen der Anschauungen? —, so erübrigt nur, daß man dieselbe fälle, nachdem man das Individuum in seiner zeitlichen Totalität und ebenso eingehend das gegebene Krankheitsbild einer Erforschung unterzogen hat.

Das Erfassen der Persönlichkeit muß Aufklärung darüber geben, ob in der Anamnese des Individuums sich Anhaltspunkte dafür finden, daß hysterische Konstitution bei demselben vorliege. Obwohl nach meiner Auffassung erst das Auftreten der (hysterischen) körperlichen Stigmata beweisend sein kann für das Vorhandensein oder Vorhandengewesensein hysterischer Erkrankung, würde man aus dem der sogenannten psychischen Stigmata mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine solche schließen dürfen. Denn man kann doch nicht, insbesondere bei den gegenwärtigen äußeren Verhältnissen nicht, erwarten, daß die Anamnesen der Heimatsbehörden oder der Angehörigen erschöpfend seien und bei der Furcht, dem Patienten Nachteiliges zu sagen, was seine weitere Anhaltung in der Anstalt zur Folge haben könnte, in gewünschter Weise Klarheit schaffen werden. Dieser Nachteil fällt zwar an sich schwer in die Wagschale,



relativ aber weniger, weil es auch in den normalen Zeiten kaum einmal gelingt, selbst von Ärzten klare Auskünfte über eventuelle frühere Hysterie zu erlangen. Dieser Mangel gründet in der fehlerhaften Auffassung, welche diese Ärzte über das Wesen der Hysterie haben und daß sie deshalb der Erforschung der körperlichen Stigmata keine Aufmerksamkeit zuwenden. Diese Stigmata zu erforschen, bildet das punctum saliens der Hysterieerforschung.

Die Scheidung zwischen den beiden Gruppen ist in der Beurteilung dieser postkommotionellen Erscheinungen eine schärfere wie bei jener der im Anfange stehenden Bewußtlosigkeit. Auch diese Tatsache spricht dafür, daß aus beiden Kausalitätsmomenten heraus in gleich zuverlässiger und einwandfreier Weise die Erklärung jener Erscheinungen an sich gelinge.

Die Verfechter der traumatogenen Natur der letzteren können sich auf mehrere veröffentlichte Obduktionsbefunde, welche während postkommotioneller Psychose Verstorbene betreffen, berufen. Insbesondere wird von dieser Seite geltend gemacht, daß die um die Gegend der Medulla oblongata gesetzten Änderungen in den anatomischen und den Nutritionsverhältnissen des Gehirnes und der Gehirnhäute die auftretenden, von anderen als hysterisch bezeichneten Erscheinungen des Zitterns usw. ohne Rest zu erklären imstande seien.

Um diese letzteren einwandfrei sicher zugunsten der einen oder der anderen Annahme verwenden zu können, scheint es mir notwendig, den Einfluß des gegenteiligen ätiologischen Faktors auszuschließen, also auch für die Entstehung aller postkommotionellen Symptome die fortlaufende ununterbrochene Wirkung des ursprünglichen Kausalitätsfaktors nachzuweisen, beziehungsweise plausibel zu machen, daß die verfochtene Art der Entstehung mehr Wahrscheinlichkeit für sich habe als ihr Gegenteil. Die Unmöglichkeit, mit Sicherheit darüber etwas aussagen zu können, verlangt, sich mit Wahrscheinlichkeit zu begnügen. Eine weitere Erschwernis entsteht dadurch, daß die berührten Erscheinungen oft recht bald verschwinden in schwererer Form und dann nur noch Zustandsbilder zurückbleiben, welche hauptsächlich auf Grund ihrer Leichtigkeit und der Übereinstimmung mit sonst beobachteten Krankheitsbildern als psychogen entstandene angesprochen werden. Weiter haben die Vertreter der im Anfange dieses Abschnittes erwähnten Theorie die Schwierigkeit zu beheben, daß diese postkommotionellen Zustände



psychisch beeinflußbar sind, aus welcher Tatsache man einen Rückschluß auf deren psychische Genese gezogen hat.

Dem allen gegenüber macht man geltend, daß bei Annahme der traumatischen Genese die Einstellung eines psychischen Kausalitätsfaktors als genetischen Kombinationsfaktors nicht gemacht zu werden brauche, weil sowohl die postkommotionellen Allgemeinerscheinungen (das Zittern) als auch die postkommotionellen, auf einzelne Sinne und Organe beschränkten Defekte durch die bei der Hirnerschütterung auftretenden anatomisch-biologischen Veränderungen im Gehirne und um das Gehirn eine genügende Erklärung finden. Die letzteren lösen die Erscheinungen natürlich nur durch ihren engen Zusammenhang mit ersteren aus oder, zutreffender gesagt, indem sie für solche rein zerebraler Natur ursächlich werden. Soviel ich aus der Literatur ersehe, ist einer derartigen Möglichkeit bei den Vertretern der Gegenansicht nicht widersprochen worden. Andrerseits wird von denen, welche die rein traumatische Genese festhalten, zugegeben, daß unter Umständen sogar eine weitreichende Beeinflussung der Erscheinungen durch psychische Einflüsse stattfinde. Ich selbst finde in dieser Beeinflußbarkeit keinen Beweis wider die gegenwärtig im Auge gehaltene Meinung. Denn insbesondere für Zeit der Hirnerschütterung schon fernerliegende Zeitpunkte läßt sich eine derartige Geringgradigkeit der organischen Läsion erwarten, daß eine psychische Beeinflußbarkeit derselben möglich wird, so daß eine Außenmanifestation der krankhaften Erscheinungen nur unter dem Drucke irgend eines von außen veranlaßten oder von innen hervorbrechenden Affektes zustande kommt. Einem solchen Mechanismus würde dann allerdings in bezug auf diese späteren postkommotionellen Äußerungen die Natur eines hysterischen nicht abgesprochen. Deckt sich aber diese Tatsache mit der Beantwortung der Frage nach der Genese des ganzen Zustandsbildes? Die scharfe Opposition der Verfechter der einen Ansicht gegen die der anderen und umgekehrt ist auf die Außerachtlassung der Verschiedenheit der Fragen, die man eigentlich beantwortet, zum großen Teile zurückzuführen.

Indem man die Auslösung des hysterischen Mechanismus im späteren Zeitablaufe zugibt, scheint man sich allerdings prinzipiell der Möglichkeit zu entschlagen, daß derselbe überhaupt im Zeitpunkte des physischen Traumas schon bestanden und in dem durch letzteres veranlaßten psychischen Trauma seine Auslösung gefunden habe. Ich fand, daß gerade die Verfechter der rein traumatogenen

Ursächlichkeit den Gegnern ohne weiteres das Zugeständnis solcher Möglichkeit gemacht haben. Der eifrigste Verteidiger bietet das beste Beispiel, v. Sarbò.

Er betont, daß er weit entfernt sei, den Einfluß psychischer Faktoren bei Entstehung kriegsnervöser Zustandsbilder zu leugnen. „Bei Kriegsbeginne aber sagte ich mir, ich kümmere mich nicht um eigene und fremde schon bestehende Meinungen und will versuchen, sine ira et studio die Frage zu studieren, inwieweit traumatische Einflüsse krankheitserregend wirken können. Denn ich bin der Meinung, daß für dieses Studium nur die Anamnesen der ganz frischen Fälle zu verwenden sind — je mehr die Zeit nach der Einwirkung der Explosion verstrichen ist, desto mehr werden sich fremde Einflüsse geltend machen: der Geist, der im Spitale herrscht, die Stimmung, die von den Arzten über die Krankheitsursache geäußert wird, das alles wird von den Kranken aufgenommen; sie unterliegen ferner den Einflüssen ihrer Zimmergenossen und verfälschen, in den meisten Fällen unbewußt, den wahren Sachverhalt. Die Anamneseaufnahme ist doch stets an und für sich ein fortwährendes Ankämpfen gegen falsche Aussagen; um so mehr ist daher Vorsicht in einer Frage geboten, welche sowohl in Laien- als auch in Ärztekreisen mit der Bezeichnung Nervenchok a priori im Sinne einer funktionellen Erkrankung entschieden ist.

Ich habe mich beflissen, aus meinem Gedankengang alles auszumerzen, was ich bis jetzt als Ursache der Kriegsschädigung a priori voraussetzen konnte und gab mir redlich Mühe, nur Fälle als solche auf mich einwirken, die von den Beteiligten erlittenen Einflüsse, die von ihnen mitgeteilten Erlebnisse unvoreingenommen an mich herantreten zu lassen.

Aus diesen anamnestischen Aussagen, deren Glaubwürdigkeit teils durch den Ernst der Zeit, teils durch die Gleichartigkeit der Erfahrungen, namentlich aber durch die sofortige Eruierung wahrscheinlich[1]) gemacht worden sind, bildete ich mir mein Urteil."

Komplettiert man diese Äußerungen durch ausdrückliche Beigabe der psychologisch notwendigen Gedankenkomplexe, dann würde die logische Schlußform der v. Sarbòschen Urteilsfällung sich so gestalten: die bei den sogenannten Kommotionspsychosen beobachteten

[1]) Wahrscheinlichkeit, gegen welche weder a priori noch a posteriori haltbare Gründe geltend gemacht werden können: moralische Gewißheit.

psycho-pathologischen und neuropathologischen Erscheinungen können sowohl auf rein psychogenem wie auf rein traumatogenem Wege entstehen. Nur aus den Umständen des einzelnen Falles kann die Entscheidung über die Genese gestellt werden. Für alle Erscheinungen der kommotionellen und postkommotionellen psycho- und neuropathologischen Zustände verlangen jene Umstände die Annahme ihrer traumatogenen Natur. Also: man hat für die Entstehung jener Erscheinungen nur eine traumatische Genese anzunehmen.

Damit eine Kontroverse nach der vielfach berührten Richtung sich überhaupt rechtfertige, ist notwendig, daß die Krankheitserscheinungen in ihrer Erscheinungsform Gleichheit bieten, daß die Erklärung derselben in ebenso einwandfreier Weise vom einen wie vom anderen Standpunkte folgen kann, solange man jene Erscheinungen nur an sich betrachtet. Diese Gleichheit begründet sich naturgemäß in zugrunde liegenden neuropathologischen Prozessen, welche wenigstens in ihrem Schlußeffekte, der Störung der allgemeinen geistigen Funktionen oder gewisser nervöser Erscheinungen sich treffen. (Eine getrennte Betrachtung beider Störungen ist nicht gut möglich, aber im Auge ist zu behalten, daß dieser Aufsatz in erster Linie den Kriegs*psychosen* gilt.) Ob jene neuropathologischen Prozesse in (leichten reparablen) anatomischen Änderungen der Gehirnrindenanteile oder in abnormalen biologischen begründet sind, kann nicht festgestellt werden, da keine Sektionsbefunde von Hysterikern zum Vergleiche mit der kargen Ausbeute an Sektionsbefunden an (frischen) traumatischen Psychosen vorliegen. Und diese Sektionsbefunde betreffen keinen der in oder bald nach einer unserer kriegstraumatischen Psychosen Gestorbenen.

Will man also die in Frage stehenden Krankheitserscheinungen als hysterische Symptome κατ' ἐξοχήν gelten lassen, dann sehe ich auf Grund der bisherigen Ausführungen kaum eine Möglichkeit, für deren Zustandekommen außer dem von früher schon bekannten Wege der hysterischen Reaktion, den zwar auch schon gekannten, aber durch die Kriegserfahrungen fester getretenen der traumatischen Genese anzunehmen. Besser scheint es mir, die Erkenntnis, daß uns früher als hysterische Symptome einfach in bekannte Erscheinungen auch bei nicht-hysterischen Individuen auftreten können, vor allen ohne die für Hysterie maßgebende Psychogenie, zu einer Präzisierung des Begriffes der Hysterie zu verwerten.



An anderem Orte[1]) führte ich aus, wie wertlos die isolierte Heranziehung der psychischen Eigentümlichkeiten zur Bildung der Diagnose einer eventuellen Hysterie sei. Das diese Krankheit von anderen pathologischen Zuständen Abscheidende, das sie als nosologische Einheit Bestimmende, ist mir durch die nachgewiesenen körperlichen Krankheitszeichen gegeben, während jene sowohl einzeln wie gehäuft bei allen degenerativen Geisteszuständen in einer undifferenzierten und nicht differenzierenden Form vorliegen. Die degenerativen Charakteranomalien und die daraus entspringende Handlungsweise genügen für sich allein unter keinen Umständen zur Aufstellung der Diagnose Hysterie. Das Gegenteil behaupten, heißt eine Umformulierung der Erfahrungstatsache, daß alle hysterischen Krankheitserscheinungen in unlösbaren Beziehungen zu Hirnrindenfunktionen stehen, in die Behauptung, daß alle hysterischen Krankheitserscheinungen psychischen Ursprunges seien und nur aus psychischer Abnormität erklärt werden können. Ich sprach am angezogenen Orte auch davon, daß jene körperlichen Krankheitszeichen in gleicher Weise durch den Vorstellungen sich verbindende Affektivität wie durch rein sensorielle Gefühle ausgelöst werden können.

Die für gewöhnlich unter der Bezeichnung der hysterischen einfach hinlaufenden körperlichen Symptome können also zunächst auf zweifache Weise ihre Auslösung finden; denn es kann die schon vorhandene Disposition zur Reaktion in der hysterischen Art von zwei Seiten angeregt werden: von der Psyche und dem somatischen Anteile der Empfindungen her. Bei beiden Auslösungsarten bildet das Gefühl die nächste Ursache der Reaktion überhaupt, im einen Falle den Vorstellungen, im anderen den Empfindungen verknüpft. Der Bewußtseinskomplex des Gefühles stellt sich nämlich dar als eine Verbindung von einem Substrat des (niederen oder des höheren) Erkenntnisvermögens mit dem Gefühle im engeren Sinne und der psychologisch notwendig folgenden sekundären Organempfindung. Die Verschiedenheit dieser sekundären Organempfindung begründet die Verschiedenheit der individuellen Reaktionsakte. Bei der Hysterie ist dieselbe in dem Auftreten von organischen Krankheitserscheinungen gelegen. Wendet man also für die Hysterie die eben erwähnte Auseinanderlegung eines weiteren Gefühlsbegriffes (richtig des Begriffes des Gefühles im weiteren Sinne) an, so ge-

[1]) Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 37 (die Hysterie- Neurose oder Psychose?).

langt auch diese psychologische Erwägung zu einer gleichen Auffassung bezüglich der Genese der Manifestation der hysterischen Krankheitserscheinungen wie durch die Empirie. Bezüglich der sekundären Organempfindung ist sicher, daß dieselbe in der Art nicht durch einen psychischen Akt des Individuums bedingt, sondern in derselben durch einen schon vorgebildeten organischen Mechanismus bestimmt wird, für welchen hier, da es sich nur um psychopathologische und neuropathologische Prozesse handelt, nur die Nervenprozesse in Betracht kommen, und zwar bei ersteren ganz speziell jener der Hirnrinde. Durch das Gefühl wird die Auslösung des schon fest bestimmten oder abgestimmten Nervenmechanismus und nicht mehr bewirkt. Die Art der Reaktion, welche einem bestimmten Individuum zu eigen ist, wird also nicht durch den Affekt und nicht durch den Willen bestimmt, sondern ist als solche von diesen beiden psychischen Funktionen unabhängig. In derselben liegt das Charakteristikum der Hysterie. Nur wenn jene krankhaften Symptome nicht als einfache Intensitätssteigerung normaler körperlicher (oder gar geistiger) Vorgänge aufgefaßt werden, sondern als eine tatsächliche Krankheitsspezies, kann man die Hysterie von den anderen mehr oder weniger ähnlichen neuropathologischen oder psychopathologischen Zustandsbildern abtrennen.

In beiden Fällen liegt die Auslösungsursache im zum Bewußtsein gekommenen Gefühle. Der Unterschied zwischen dieser Art der Entstehung der hysteriformen Krankheitserscheinungen und der im früheren Absatze gekennzeichneten liegt in der Verschiedenheit der in beiden sich geltend machenden Art der Erschütterung des Zentralorganes des Nervensystems in erster Linie, in zweiter jener der einzelnen Sinnesnerven. Während dieselbe bei der Hysterie in einer von der Psyche ausgehenden, also rein seelischen Erschütterung ihren Ausgangspunkt hat, besteht sie bei der durch körperlichen Unfall bewirkten Auslösung derselben Erscheinungen in der Erzeugung einer in der Bahn eines Sinnesnerven und seines Zentralorganes sowie über diese hinaus sich verbreitenden Wellenbewegung, die sich in körperlichen Reaktionen mannigfaltiger Art äußern kann (Ziehen). Dieser körperliche Vorgang behält neben dem psychischen seine Selbständigkeit derart, daß er wie seiner Art, so seinem Ursprunge nach ohne jeden Zusammenhang mit letzteren auftreten kann. Es ist nicht notwendig, daß derselbe als Folge der emotionellen Erregung in Erscheinung trete.



Daß der körperliche Vorgang infolge seiner wesenhaften und innerlichen Verschiedenheit seine spezifische Eigenart wahren wird, ist für alle diejenigen selbstverständlich, welche in die Erkenntnis der Wesensverschiedenheiten des Psychischen und des Körperlichen eingedrungen sind. Daß dieser körperliche Vorgang darum eben dem Diktate der Psyche nur so weit folgen wird, daß sein Auftreten von demselben abhängt, während seine Dauer und seine Form davon unbeeinflußt bleiben, wird ihnen ebenfalls klar sein. Einmal in die Erscheinung übergeführt, hängt sein Verschwinden nicht mehr allein von dem Willen des betroffenen Individuums allein ab, sondern auch von der Tiefe der gesetzten Veränderung in den entsprechenden Nervenprozessen. Denn der durch psychischen Chok gesetzte Nervenreiz hat zu Verletzung der natürlichen Funktionen biologischer Prozesse geführt. Die damit aufgetretene Dissimilation hat zur neuerlichen Assimilation einen Aufbauprozeß durchzumachen, der nur dann — wenigstens scheinbar — dem Kommando der Psyche sich unterwirft, wenn er an den Organismus keine jedes empirische Beeinflussungsverhältnis zwischen Psychischem und Körperlichem übersteigenden Kräfteansprüche stellt.

Um etwas, wenn auch nicht in bezug auf den Effekt, sicher in Hinsicht seiner Wurzel von dieser Hysterie Verschiedenes handelt es sich bei jenen Fällen, in denen im Anschlusse an eine (Kriegs-) Gehirnerschütterung erstmals hysterische Krankheitserscheinungen mit Beibehaltung der nach Krankheitsbeginn schon vorhanden gewesenen Krankheitslokalisation an den Tag traten. Denn hier können wir mit Recht von einer wirklichen Hervorbringung, von einer Neuschaffung jener Nervenbedingungen reden, welche in ihrer nach außen tretenden Offenbarung das Bild der hysterischen Erkrankung darbieten. Darin stimmt diese Krankheitsform mit der früher erörterten überein, daß sie dieselben Krankheitserscheinungen vorbringt; beider Unterschied ist die Entstehungsart und die Entstehungszeit. Während nämlich bei dieser die hysterische Anlage auf eine ab origine bestehende Eigenheit des Nervensystems zurückweist, tritt sie bei jener als eine Konstitutionsänderung eines bis zum Eintritt der Gehirnerschütterung gesunden Nervensystems auf. Ob diese Konstitutionsalteration eine Begleiterscheinung geänderter anatomischer Konstellation oder geänderter biologischer Funktionalität im Gehirne ist, entzieht sich so lange der sicheren Beurteilung, als sie nicht derart schwere sind, daß die Art der Änderung



mit Sicherheit aus den Symptomen bestimmt werden kann. Diese Bestimmung wird in allen Fällen unserer Kriegskontusionsneurosen ganz unmöglich, weil die auftretenden Erscheinungen nicht so schwere sind, daß sie eindeutige Anhaltspunkte nach sicherer Richtung geben. Zumal jene Fälle, welche bei ihrem sofortigen Tode die besten Aufklärungen verschaffen, können gar nicht Gegenstand ärztlicher Beobachtung werden oder zur Autopsie kommen, alle anderen aber, wovon das Studium der einschlägigen Literatur mich überzeugte, einwandfrei Sicheres nicht zur Behebung der an sich gleichberechtigten Annahmen beitragen.

Noch in einer Art kann die Psychogenität bei Kommotionszuständen sich geltend machen. Es können im Verlaufe derselben, also nicht im unmittelbaren Anschlusse, mit Sicherheit als hysterische diagnostizierbare Erscheinungen dazutreten; mit Sicherheit als solche diagnostizierbare, weil die ursprünglich organisch fundierte Krankheitserscheinung eine andere war als die später dazugekommene. In solchen Fällen bildet der Unfall sowohl für die entstandene hysterische Konstitution wie für die Richtung der in die Erscheinung tretenden körperlichen Symptome den Ursprung.

Dieser letztgenannte Punkt bildet im letzten Grund jenes Moment, durch welches die hysterische Konstitution sich abhebt von den Äußerungen nach commotio cerebri zurückgebliebener psychopathischer Konstitution überhaupt. Die erstere gibt zur letzteren solche körperliche Krankheitserscheinungen dazu, welche dadurch eine Abgrenzung nicht nur dem Wortlaute nach, sondern auch begrifflich möglich machen. Bereits zur Friedenszeit war auf das eventuelle Übrigbleiben einer psychopathischen Konstitution als Dauersymptom nach Gehirnerschütterung hingewiesen. Etwas grundsätzlich Neues hat, wie auf so vielen anderen Gebieten, der Krieg mit der großen Menge medizinischer Erfahrungen nicht gebracht, wohl aber ermöglicht, der früheren Erkenntnis eine unter anderen Umständen erst nach Ablauf einer mehrfach langen Zeit mögliche Weite der Erfahrung zu gewinnen. Aus der Reihe der als hysterisch angesprochenen postkommotionellen psychischen Krankheitsbilder würde man nach eingehender Prüfung eine große Zahl aus dieser Bezeichnung abscheiden und der einfachen psychopathischen Konstitution zuzählen müssen. Daß man nicht einheitlich in dieser Klassifikation vorging und vorgeht, wird veranlaßt durch die Differenz in Auffassung des Begriffes der Hysterie, welche zum großen Teile



auch bei Ärzten und selbst Psychiatern noch in der Erfassung einiger psychischer Verschrobenheiten stecken bleibt.

Die Frage nach Ausbildung hysterischer Konstitution bildet nur einen Ausschnitt aus der weiterreichenden nach postkommotioneller Konstitutionsänderung überhaupt. Darum bildet für sie die Aufrollung der anamnestischen Anhaltspunkte für oder gegen die Annahme schon vor dem Trauma bestanden habender Hysterie das ausschlaggebende Moment, wenn bestimmt werden soll, ob es im einzelnen Falle um die Auslösung hysterischer Erscheinungen aus einer schon vorhanden gewesenen hysterischen Anlage heraus oder um eine — sit venia verbo — psychische Neubildung sich handelt.

Die Führung eines stringenten Beweises begegnet großen Schwierigkeiten, sowohl wenn man für die eine, wie dann, wenn man für die andere Meinung eintritt. Man wird kaum darüber hinweg kommen, daß man bei der Beurteilung der anamnestischen Daten das Vorhandengewesensein der leichteren, insbesondere der nur spezialärztlicher Untersuchung sich offenbarenden hysterischen Symptome, entweder mit als doch möglich in das Kalkül ziehe oder als unbegründet abweise. Wer sich auf den Standpunkt stellt, daß eine frühere hysterische Disposition die conditio sine qua non sei, daß auch nach einer Hirnerschütterung Symptome auftreten, welche man gewöhnlich nur bei Hysterikern sieht, wird ganz richtig vom letzteren Faktum auf deren in die weitere Vergangenheit zurückreichenden Bestand schließen. Ein anderer wird sich aber auf den Standpunkt stellen, es liege aus der Anamnese kein Grund zur Annahme vor, die Hysterie bilde im gegebenen Falle eine Krankheit älteren Datums, wird, auf diese Voraussetzung sich stützend, ebenso logisch richtig zu einem entgegengesetzten Schlusse kommen. Es ist nicht zu verkennen, daß die Anhänger der letzteren Meinung mit Recht auf die Unmöglichkeit hinzuweisen scheinen, daß im Momente des Traumas plötzlich eine hysterische Nervenerkrankung sich gebildet haben solle, auf deren Existenz im vorhergegangenen Zeitraume zu schließen man keine Anhaltspunkte hat. Oder sollte es möglich sein, daß Hysterie trotz aller unangenehmen Lebensstürme erst beim schweren Kriegschok (des Themas) sich gezeigt hat? Eine Behauptung, die einer anderen gleich wäre, daß nur jene im Kriege an Tuberkulose erkranken, welche von früher her eine tuberkulöse Disposition in das Feld mitnahmen. Eine solche Behauptung würde man allgemein als eine ganz willkürliche zurück-



weisen. (Über den ventilierten Vergleichspunkt der früher nicht bestanden habenden Disposition, beziehungsweise über die wurzelhafte Neuheit der ganzen Erkrankung hinaus benötigt man der Übereinstimmung der Ähnlichkeit nicht.)

Die rückbleibende psychopathische Konstitution repräsentiert sich als ein aus der akuten Gehirnerschütterung erhaltenes Überbleibsel einer Gehirndefektuosität. Sie bildet die Narbe, welche dem geistigen Menschen aus seiner akuten geistigen Erkrankung zurückblieb, ganz analog der Narbe am Körper nach einer körperlichen Verletzung. Diese Defektuosität kann sowohl das Materielle der Gehirnsubstanz betreffen, dann aber auch die biologischen Vorgänge im Gehirne. Im ersteren Falle wird die anatomische Struktur der Gehirnzellen geschädigt, während im letzteren dieselbe freibleibt, aber eine Änderung der vitalen Energie stattfindet. Dieselbe kommt zum Ausdrucke in Schwächung der Funktionsenergie der Hirntätigkeit im allgemeinen, der Hirnrindentätigkeit bei psycho-pathologischen Bildern insbesondere. Vielfach kombinieren sich beide Defekte, daß das Materielle und das Formelle der geistigen Prozesse in ihrer Integrität geschädigt erscheinen. Zu dieser Kombination gehört, daß neben Schwächung der Perzeption und der Merkfähigkeit anormale Erschöpfbarkeit der geistigen Leistungsfähigkeit einhergeht. Es handelt sich um eine Verbindung jener beiden Unterarten der psychischen Schwäche, die ich an anderem Orte als psychische Anergesie und psychische Widerstandsunfähigkeit bezeichnete. Da die erstere kaum jemals so hochgradig ist, daß sie im sozialen Verhältnisse des Betroffenen eine anderen ersichtliche Erschwerung herbeiführt, hat man bei Einschätzung der psychopathischen Konstitution meistens nur die zweite Unterart in Betracht gezogen, welche ja verständlicherweise gewöhnlich den Anlaß gibt, daß man den Geisteszustand des Individuums einer Beurteilung unterwirft. Wenn die erstere in höherem Grade da ist, dann erscheint sie als Folge einer auf Grund des Traumas zufälligerweise aufgetretenen Verschärfung einer in den Anfängen schon vor demselben dagewesenen Erkrankung (z. B. einer Gehirnarteriosklerose) oder einer Auslösung einer von anderer Seite gegebenen Disposition (z. B. wenigstens wahrscheinlich einer durch luetische Grundlage geschaffenen eigentümlichen Gehirndisposition und allgemeiner Paralyse). Da zwischen der Natur des Traumas und jener der letzterwähnten Krankheiten ein innerer Zusammenhang nicht be-



steht, muß das Zusammentreffen als ein zufälliges aufgefaßt werden. Wie viel im gegebenen Falle auf Kosten des Traumas bezüglich der psychischen Schädigung zu setzen sei, kann sich möglicherweise auf Grund einer sehr genauen und möglichst subtilen Anamnese feststellen lassen. In Friedenszeiten und bei Fällen, welche ihre Entstehung den zivilen Lebensverhältnissen verdanken, wird dieselbe höheren Wert haben, als bei den nach unmittelbaren Kriegserlebnissen zustande gekommenen, weil letztere der Ingerenz einer forensischen Begutachtung durch die bestehenden Vorschriften entrückt werden, schon deshalb, mit Recht, weil die Unmenge der diesbezüglichen Fälle eine solche Begutachtung unmöglich macht, andererseits dadurch dem Streben nach Unfallsentschädigung in Form einer traumatischen Neurose und dahin abzielender Simulation gar zu leichte Entstehungsmöglichkeiten geschaffen würden, die statt zum Endzwecke aller forensischen Tätigkeit, der Herbeiführung und Befriedigung sozialen Rechtes zur Umkehrung jeder Rechtsordnung führen würde.

Eine große Erschwerung erfährt die Bewertung dieser psychopathischen Konstitution durch eine mögliche Kombinierung posttraumatisch psychopathischer Konstitution mit nicht psycho-pathologisch zu nennenden, sondern einfach psychologischen Nebenwirkungen des Unfalles. Dieselben sind zu unterscheiden von den früher genannten eventuellen hysterischen Folgeerscheinungen desselben, welche nach Charcot durch Übergreifen der Funktionsschädigung aus dem primär geschädigten auf benachbarte Funktionsgebiete durch Lähmungen, Krämpfe und Anästhesien sich kundgeben. Dieselben äußern sich, solange dem Individuum aus der Betonung seiner tatsächlichen Unfallsfolgen Vorteile erwachsen oder die Abwendung von Nachteilen möglich wird. Ihre äußeren Erscheinungsformen bilden die Simulation und die Aggravation, wobei die letztere bezüglich des aggravierenden Anteiles im psychischen Akte mit der Simulation sich deckt. Denn bezüglich des aggravierten Teiles ist ja an sich die objektive Grundlage eines wirklichen Leidens fehlend, was bei der Simulation sich auf das ganze Leiden erstreckt.

Die erwähnten psychopathischen Konstitutionen machen bezüglich ihrer Beurteilung und in bezug auf ihre Begründung durch den Unfall oft erhebliche Schwierigkeiten.

Hatte sich zwischen die postkommotionellen Erscheinungen und eine zu beurteilende psychopathische Konstitution ein längeres

Stadium sicherer psychischen und Nervengesundheit eingeschoben, dann erscheint damit der zeitliche Zusammenhang mit der Kommotion gelöst, aus welcher Lösung man mit Recht den Anhaltspunkt entnimmt, auf ein Nichtvorhandensein des kausalen Zusammenhanges rückzuschließen. Diese Kausalität nachzuweisen, hängt von der Möglichkeit ab, den kontinuierlichen Zusammenhang ihrer Erscheinungen mit jenen des Unfalles nachweisen zu können. In bezug auf den geistigen Gesamtzustand des Individuums fällt das weitere Verhalten einer solchen (traumatisch erworbenen) psychopathischen Konstitution mit der einer solchen ohne traumatische Genese zusammen. Sie kann wie diese in Heilung übergehen, sie kann in der ihr eigenen Form weiter bestehen, durch ungünstige äußere oder innere Faktoren kann schließlich eine Überspannung der ohnehin geschwächten Nervenkraft herbeigeführt werden, die in einer psycho-pathologischen Zustandsänderung sich äußert. Diese letztere Art der Ausartung stellt jene Fälle dar, in denen die traumatische psychopathische Konstitution das Bindeglied bildet mit einer eventuellen späteren Psychose, von der man behauptet, sie sei kausal mit den Unfällen verknüpft. Als solches Bindeglied bildet sie entweder das Vorläuferstadium der eigentlichen Psychose oder den disponierenden Faktor in der Verursachung derselben. Krafft-Ebing hatte seine posttraumatischen Psychosen nach diesen Gesichtspunkten in zwei Gruppen eingeteilt, von denen die eine durch einen posttraumatischen, anormalen psychischen Zustand schon in radice gegeben ist, die zweite aber das Hinzutreten eines auslösenden Momentes zu dem Restzustande nach dem Trauma zu gewärtigen hat, um in Erscheinung treten zu können. Im ersteren Falle besteht zwischen beiden Zuständen, dem des Prodromalstadiums und dem der ausgebildeten Psychose, nur ein gradueller Unterschied, im zweiten ist dieser Unterschied ein Wesensunterschied. Dem steht nicht entgegen, daß dasselbe (z. B. ein psychisches) Trauma sowohl die Hervorrufung des in der gleichen Richtung liegenden Psychosenbildes, wie die Psychose als etwas Neues bewirken könne, da auch sonst sogar ganz verschiedene Krankheitsbilder durch denselben ätiologischen Faktor hervorgerufen werden.

Wenn die psychopathische Konstitution die Disposition zur folgenden Psychose bildet, dann können natürlich die psychischen Krankheitsbilder verschiedener Natur sein, wenn sie im Charakter der voraufgegangenen psycho-pathologischen Konstitution nicht schon



ihr Vorbild fand. In vereinzelten Fällen ist auch bei den Fällen, die der Anstalt zuwuchsen, ein derartiger direkter Zusammenhang mit einer früheren commotio cerebri nachzuweisen gewesen. Hier bildete überall die psychopathische Konstitution i. e. S. das rote Band, welches den Zusammenhang mit der einstmaligen Kommotionspsychose klar erkennen ließ.

Treten bei einer solchen psychopathischen Konstitution die Symptome der leichten geistigen Ermüdbarkeit besonders hervor, dann gelten für die entsprechenden Zustandsbilder die Bezeichnungen der Traumasthenie und der „traumatischen Cerebrasthenie“. Diese Bezeichnung bedeutet keine Abscheidung der Krankheitsbilder von jenen der psychopathischen Konstitution im Sinne einer Gegenüberstellung zweier differenten Spezies, sondern nur die Heraushebung einer etwas deutlicher durch Hervorhebung einzelner Züge getonten Gruppe aus dem weiten Umfange des allgemeinen Gattungsbegriffes der psycho-pathologischen Konstitution. Übrigens pflegt nach meinen Erfahrungen kaum jemals das Symptom der geistigen Ermüdbarkeit in solcher Isoliertheit aufzutreten oder auch nur so hervorstehend zu sein, daß jene spezielle Bezeichnung gerechtfertigt ist. Das von ihm der Symptomatologie aufgedrückte Gepräge macht sich nur für vorübergehende und oberflächliche Beobachtung in so drängender Weise geltend, daß der Anschein einer eigenen Krankheitsspezies dadurch erwirkt werden könnten.

Dem als unvoreingenommener Zuschauer zwischen den beiden Parteien Stehenden bildet sich also eine Festigung seiner Neutralität, wenn er sieht, daß der einen wie der anderen Gründe für ihre Ansicht nicht abgehen, daß aber gleichzeitig der springende Punkt der ganzen Streitfrage, der einer anamnestischen Fixierung, von der einen wie von der anderen nur durch gewaltsame Festnagelung als Voraussetzung zu einem festen Haltepunkte gemacht wird. Hat die Ansicht jener weniger von Willkürlichkeit an sich, die einer rein traumatischen Genese der kommotionellen und auch der postkommotionellen psycho-pathologischen Zustandsbilder das Wort reden?

Letzten Endes führt noch eine andere Erwägung ebenfalls dazu, daß man vorderhand noch am besten tue, sich nicht bindend für eine der beiden Theorien auszusprechen. Man muß sich nämlich die Frage vorlegen und beantworten, ob körperlich eine Krankheitserscheinung, wie man sie bei Hysterikern sieht, auftreten könne, ohne daß an dem Orte der diesbezüglichen Nervenwurzeln eine

organische (anatomische oder biologische) Alteration eintritt. Nach meiner Auffassung ist erstere ohne letztere unmöglich. Wie ich in der oben zitierten Arbeit ausführte, wird durch die Geringfügigkeit und Leichtigkeit der organischen Änderungen möglich, daß sie durch psychischen Einfluß (Gefühl) zur Entfaltung ihrer krankmachenden Fähigkeit gebracht werden können. Das Gefühl bildet den Faktor, welcher die Auslösung der latenten Krankheitsmöglichkeit in manifeste Krankheit bewirkt, latente in wirkliche Krankheit umsetzt. Die Auslösung körperlicher Symptome durch psychische und psychopathologische Vorgänge liegt im Wesen der menschlichen Natur; daß gerade krankhafte körperliche Vorgänge ausgelöst werden, kann nur dadurch erklärt werden, daß die Organisation, welche für sie in Betracht kommt, krankhaft verändert ist. Es erhebt sich die weitere Frage, ob die erwähnte krankhafte leichte Organisationsänderung (hier im Gehirne) auf verschiedene Weise zustande kommen könne. Theoretisch ergeben sich keine Schwierigkeiten; die Erfahrung weist durch Autopsie nach, daß in Fällen, in denen hysterische Erscheinungen beobachtet wurden, tatsächlich entsprechende Strukturveränderungen im Gehirne nachzuweisen waren. Diese Strukturveränderungen waren in allen diesbezüglichen, zur Autopsie gelangten Fällen Folgen eines Schädeltraumas, welches mit Gehirnerschütterung einherging. Also kann man als bewiesen betrachten, daß die als hysterische bezeichneten körperlichen Krankheitserscheinungen, wie sie durch psychischen Einfluß ausgelöst werden, auch als unmittelbare Folgen eines Schädeltraumas von der erwähnten Art auftreten können. Dieses extrapsychische Moment bildet nach Ansicht der einen den eigentlichen krankmachenden Faktor bei allen Krankheitserscheinungen, welche noch nach Granatkontusionen auftreten. Das dieselben verursachende Ereignis kann durch ein intrapsychisches Ereignis ebensogut gebildet sein wie durch einen körperlichen Unfall. Als ersteres wirkt das affektive Ereignis, welches unter den verschiedenen Arten der Unlustbetonung zur Erscheinung kommt und nichts darstellt als eine quantitative Steigerung der Affektwirkung auf die physiologisch-biologischen Vorgänge. Diese quantitative Steigerung beinhaltet schon in sich etwas Krankhaftes, sobald sie den Rahmen der physiologischen Funktionsbestimmung überschreitet. Die außerhalb derselben liegende, nach ihrer Art davon verschiedene nervöse Konstitution gibt ihr die Bestimmung, nicht einfachhin unter dieser quantitativen Abnormität



eingereiht zu bleiben, sondern verlangt eine weitergehende Abtrennung. Diese findet ihre Begründung in der qualitativen Verschiedenheit der ausgelösten Nervenprozesse. Doch kann ein die Nerven in der gleichen Art und Richtung ändernd beeinflussender Vorgang auch durch eine mehr direkt an die Nerven herantretende Schädigung gegeben sein, durch einen im vollsten Sinne des Wortes exogenen Entstehungsmodus verursacht werden. Den letzteren mit Sicherheit auszuschließen, dürfte in viel mehr Fällen möglich sein, als es deren gibt, die das psychogene Moment als Kausalitätsmoment auszuschließen gestatten, wo ein mit Hirnerschütterung einhergehender Unfall in die Kausalität einfließt.

Auch die Richtigkeit der behaupteten Möglichkeit einer rein traumatischen Genese der Hysterie findet durch diese Ausführung Beleuchtung. Denn es wird deutlich, daß die Krankheitserscheinungen nach einem Trauma entweder von vornherein in geringer Strukturänderung bestehen oder im Ablaufe schwererer Grade zu einer solchen Leichtigkeit hinabsinken können, daß bezüglich ihres Auftretens der psychische Einfluß (Affekt) maßgebend sein kann. Dann unterscheidet sich ihre Form in nichts von jener bei der gewöhnlichen Hysterie. Um so größer wird diese Ähnlichkeit, je mehr der habituelle psychische Zustand des Individuums dazu hinneigt, die Gefühle mit lebhafteren körperlichen Begleiterscheinungen zum Ausdruck zu bringen, mit andern Worten: je unbeherrschter Gefühle den ganzen Geisteszustand schon sonst zu beherrschen pflegen. Trifft also ein Schädeltrauma mit derartigen organischen Änderungen leichter Natur ein neurasthenisches Individuum, dann sind im vollsten Maße die Bedingungen gegeben, welche das Bild der Hysterie zusammensetzen: die körperlichen (eigentlich differenzierenden) und die psychischen. Eine solche traumatische Hysterie unterliegt dann in bezug auf die Erscheinung der körperlichen Symptome als Gefühlsausdrücke so lange, als die organische Alteration nicht geschwunden ist. Es erscheinen darum jene Nur-Psychogenetiker im Unrechte, welche für die Richtigkeit ihrer Ansicht die psychische Beeinflußbarkeit der Symptome zum Beweise einsetzen. Dazu kommt auch, daß selbst von Extremisten der psychogenen Theorie (Nonne, Kaufmann) zugegeben wird, daß die Fälle von Granatfernwirkung in ihren Frühstadien nicht psychisch zu beeinflussen sind. Es ist also ein Zurückgehen der Nervenschädigungen abzuwarten bis zu einem Grade, bei welchem



die Psyche gewissermaßen regulierend und auflösend eingreifen kann, vollkommen analog dem normalen Verhalten der Wechselwirkung zwischen Psychischem und Somatischem.

Es gibt Autoren, welche wohl die Differentialsymptome der hysterischen Erkrankung gegenüber den anderen neuropathologischen und psycho-pathologischen Zuständen in den körperlichen Krankheitserscheinungen finden, die aber die Gleichberechtigung und Gleichbewertung der psychischen Krankheitssymptome im Begriffe der hysterischen Erkrankung eingeschlossen wissen wollen. Für sie bildet das Unterscheidungsmerkmal der postkommotionellen Bilder zu ihrer Beurteilung als hysterische oder nichthysterische deren Beeinflußbarkeit durch Suggestion und Affekt. So nimmt Oppenheim gegen die Auffassung der postkommotionellen Zustände als hysterischer Stellung, weil ihm der geringe suggestive Einfluß des Arztes auf diese Krankheitsbilder als gegen die hysterische Natur derselben sprechend erscheint. Die psychische Beeinflußbarkeit der Krankheitssymptome bildet das Hauptargument der Psychogenetiker gegenüber den Traumatogenetikern.

Sie bildet aber nach dem eben Gesagten keinen Beweis; seine Kraft wird noch mehr herabgesetzt, wenn man in Erwägung zieht, daß die größte Zahl der bisher beobachteten Fälle, soweit sie die Grundlage für den wissenschaftlichen Streit bilden, erst zu einem Zeitpunkte in die Hände jener sie literarisch auswertenden Autoren gelangen, in welchen eben die verlangte Geringgradigkeit der organischen Verletzungsfolgen schon eingetreten ist. Ein Rückschluß von der dann sich darbietenden Erscheinungsform auf eine von Anfang an bestanden habende Gleichheit entbehrt der notwendigen Prämisse, daß die Erscheinungsform eben schon ursprünglich dieselbe gewesen sei; das aber ist zu beweisen.

Da sich unter dem mir zur Verfügung stehenden Materiale keine Fälle finden, welche ich in den Beweis für oder gegen die durch die Hirnerschütterung erworbene oder sicher erst nach derselben aufgetretene Hysterie als Prämissen einsetzen könnte, entfällt für mich jeder Grund, in diesem Streite eine energische Stellungnahme zu betonen.

Ich muß das hauptsächlich deswegen unterlassen, weil in fast allen Fällen akuter Granat- (und ähnlichen) Kontusionen nach Besserung und Schwinden der psycho-pathologischen Symptome mit Entlassung vorgegangen wurde, so daß die psychische Beein-



flußbarkeit etwa noch restierender hysterischer Stigmata zu deren Sein und Nichtsein der weiteren Beobachtung sich entzog.

Der scharfe Widerstreit der Meinungen ist befremdend, wenn man bedenkt, daß jene Tatsache, welche früher die Möglichkeit des Auftretens allgemeiner Gehirnleiden und damit psychischer Störungen im Anschlusse an eine Gehirnläsion nicht klarmachte, gegenwärtig unbezweifelt vorliegt. Es ist die Tatsache, daß durch einen Tumor cerebri infolge Vermehrung des intrakraniellen Druckes Symptome hervorgerufen werden können, welche denjenigen nach Gehirnläsion — und als solche hat die Gehirnerschütterung zu gelten — gleichen. Hält man dazu die Erfahrung Jakobs, daß jene Druckerscheinungen am leichtesten und ausgeprägtesten in der Gegend des Hirnhautloches sich geltend machen, dann sollte die Auffassung der Entstehung der (sogenannten) körperlichen hysterischen Stigmata in gleicher Erscheinungsweise durch traumatische wie psychische Genese nicht ankämpfbar erscheinen. Denn damit wird die Notwendigkeit, jene Stigmata als eindeutige Zeichen funktionellen Ursprunges auffassen zu müssen, ausgeschlossen. Neel[1]) betont außerdem die schon von mir erwähnten Sektionsbefunde, welche bei Personen, die im Leben das für Funktionalität angeblich charakteristische Krankheitsbild geboten hatten, festgestellt wurden. Man fand grobe lokalisierte Läsionen. Dieser Autor hat auch als Beweis für die von ihm vertretene traumatogene Auffassung darauf hingewiesen, daß in Fällen von sehr ernsten Kopfläsionen, bei denen im Anschluß an einen Unfall ein operativer Eingriff mit Entfernung von Hämatomen, kontundierten Gehirnteilen und Ähnlichem vorgenommen wurde, die neurotischen Folgezustände ausblieben.

Bei der Begutachtung der postkommotionellen Zustandsbilder, vor allem derjenigen mit lokalen neurotischen Symptomen, hat man auch eine möglicherweise vorliegende Simulation nicht zu übersehen. Ich finde in der bisherigen Kriegsliteratur einstimmig darauf hingewiesen, daß absolute Simulation neurotischer Krankheitsbilder im jetzigen Kriege ein seltenes Vorkommnis bilde. Die relative Simulation (Übertreibung) wird ja wahrscheinlich den äußeren Erscheinungen öfter zugrunde liegen. Hier besteht aber fast Unmöglichkeit, den reellen Anteil von dem simulierten abzutrennen, zumal ja die Zeitlängen der wirklichen Heilungsprozesse in weiten Grenzen schwanken:

[1]) Habilitationsschrift: Über traumatische Neurosen.



noch dazu können diese letzteren durch psychische Selbstbeeinflussung gehemmt werden. Das Hauptmoment bei der Beurteilung, ob Simulation vorliege oder nicht, wird immer in den Angaben des Neurotikers selbst liegen. Von diesen bleibt der Gutachter abhängig in jenem Momente, wo die Krankheitszeichen der objektiven Palpation oder elektrischen Untersuchung nicht zugänglich sind. Er verliert die Selbständigkeit der Beurteilung.

Am leichtesten noch wird darum die letztere, wo die sich darbietenden Symptome auf ein organisches Nervenleiden hinweisen oder hindeuten. Bei allen anderen, und seien sie auch mit einer Schädelläsion und mit schwerer Hirnerschütterung verbunden gewesen, kann man in den späteren Zeitpunkten die Frage: Simulation oder nicht? im Falle gegründeter Verdacht aufgestiegen ist, kaum jemals an der Hand objektiver Beweisgründe entscheiden. Insbesondere dann also wird — ich wiederhole — die Entscheidung zu treffen mit großen Schwierigkeiten verbunden sein, wenn der Mangel aller auf eine organische Läsion hinweisenden Symptome die Disjunktion: (bewußt) simuliert oder hysterisch zur Beantwortung stellt. Die Größe dieser Schwierigkeiten hat ihren Grund in der weitgehenden Ähnlichkeit der auf die eine Weise ebenso wie auf die andere dargestellten Symptome. Nur unwillkürlich zustande kommende Krankheitssymptome könnten hier wenn auch nicht volle Sicherheit, doch Plausibilität der Entscheidung herbeiführen. Die Aufzeigung der einzelnen areflektorischen Symptome behält darum für solange ihre Wichtigkeit, als die Behauptung von dem Vorkommen derselben bei ganz gesunden Individuen noch keine allgemeinere Bestätigung gefunden hat als bisher.

Sonst und auf sicherer Entscheidungsgrundlage vermag man sein Urteil nur nach einer längeren Beobachtung zu fällen. Eine kurze Beobachtung von nur wenigen Tagen kann für die Richtigkeit des Urteiles keine Garantie geben.

Die Ansichten betreffend die Häufigkeit der Simulation hysterischer Ausfallserscheinungen, sind im Ablaufe der verflossenen Jahrzehnte nicht immer dieselben gewesen. Während man früher, in den ersten Dezennien der Hysterieforschung, die Simulation der in Betracht kommenden nervösen Symptome als ein sehr häufiges Vorkommnis ansah, vertrat man später den Standpunkt, daß solche Simulation sehr selten sei. Heute beantwortet man die Simulationsfrage mit einer Unterscheidung; beantwortet, die komplette Simu-



lation betrachtend mit: recht selten, die relative Simulation betrachtend mit: häufig vorkommend.

Man bleibt darum für gewöhnlich von den Angaben der betreffenden Personen abhängig. Diese Abhängigkeit schließt die Unmöglichkeit in sich, ein selbständiges Urteil zu fällen, welche Selbständigkeit bei Nichtvorhandensein der erwähnten unwillkürlichen Symptome oder wenn man dieselben für die Diagnose der Hysterie wertlos hält, kaum über das Niveau einer subjektiv zu begründenden Willensentscheidung sich jemals erheben kann, solange die oben erwähnte länger dauernde Beobachtung nicht gestattet, über diese Subjektivität hinauszukommen. In manchen Fällen, die eine eingehende psychologische Analyse und Anamnese gestatten, wird die Erforschung: Cui bono? gewiß einiges zur Klärung beitragen.

Rückblickend auf die vorausgegangenen Darlegungen sehe ich die Schwierigkeiten, welche sich einer einheitlichen Auffassung der Kommotionspsychosen und -neurosen entgegenstellen:

1. In den Verschiedenheiten der Begriffe, welche man der Bezeichnung psychogen unterlegt; 2. in der Meinung, daß jene krankhaften körperlichen Vorgänge, welche man als psychogene und als hysterische bezeichnet, in ihrer Erscheinung derart spezifisch gekennzeichnet sind, daß sie bezüglich ihres Ursprunges eine andere als eine psychogene Herkunft ausschließen, und daß durch den Ursprung auch die Art der ausgelösten Vorgänge als durch den psychischen Vorgang unmittelbar und in sich bestimmt werde.

1. Es hat sich in den literarischen Kriegsarbeiten über das Thema der Kommotionspsychosen, der Hysterie und ähnliche gezeigt, daß man gelegentlich alle Vorgänge, welche genetisch mit einem psychischen Akte zusammenhängen, unter derselben Bezeichnung psychogen zusammenfaßte. Die Folge ist, daß man alle in ganz physiologischer Weise auf Grund von möglichst nackten Vorstellungen entstehenden Vorstellungen als gleichwertige neben andere stellte, welche durch Gemütserschütterungen ausgelöst werden.

Auf diese Weise hat man während der Beantwortung der vorerst unverfänglich gestellten Frage: Was nennt man psychogen? eine Verschiebung des Fragepunktes vorgenommen. Indem die Verfechter dieser Anschauung zur Verstärkung der Plausibilität ihrer Meinung darauf hinweisen, daß es nackte Vorstellungen nicht gibt, haben sie zur Bereinigung nichts beigetragen. Denn damit haben



sie den wesentlichen Unterschied zwischen den beiden verursachenden Faktoren nicht hinweggeräumt. Die Weite einer derartigen Auffassung übersieht auch ganz, daß es sich in allen psychopathologischen Fällen um eine Beschränkung des psychologischen Allgemeinbegriffes der Psychogenität handelt; die Übung hat deswegen den Begriff der Psychogenität überall dort, wo man über psycho-pathologische Themata schreibt, im entsprechenden Sinne eingeschränkt.

2. Ein spezielles unterscheidendes Merkmal der psychogen ausgelösten körperlichen Krankheitserscheinungen gegenüber den gleichen aber nicht psychogen ausgelösten, ist nicht auffindbar.

Während früher bis auf wenige Ausnahmen die Autoren die Ansicht Oppenheims ablehnten, ist später eine umfangreiche Schwenkung zu ihr hin bemerkbar geworden. Insbesondere hat die Beurteilung der psychoneurologischen Kriegskrankheitsbilder eine Reihe der angesehensten Forscher an die Seite Oppenheims gebracht. Unter den Lehrern der Wiener Schule ist außer Wagner v. Jauregg zu nennen Marburg.

Oppenheim hat den mechanischen Wirkungen einer seelischen Erschütterung selbständigen, dem seelischen koordinierten Charakter zugesprochen. Er legte die mechanische und die seelische Erschütterung in einige Berührung, indem er von der Annahme ausgeht, daß jeder überstarke Sinnesreiz einerseits den seelischen Vorgang auslöste, den wir Schreck nennen, andererseits eine sich in der Bahn des Sinnesnerven und seines Zentralorganes sich verbreitende Wellenbewegung erzeugt, die sich in körperlichen Reaktionen mannigfaltiger Art äußern kann: Diese Reaktionen sind über ihre Auslösung an sich hinaus von psychischen Vorgängen unabhängig. Nur wenn die ideogene Entstehung dieser Reaktionen als Kriterium der Hysterie angesehen werde, könne vermieden werden, daß dieser Vorgänge zugerechnet werden, die sich ihrer Entstehung nach durchaus von ihr unterscheiden.



Geschäftsordnung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

§ 1.

Der Verwaltungsrat regelt im Sinne der Statuten und der Geschäftsordnung seinen Geschäftsgang selbst und entwirft die Instruktionen für die Schriftführer und den Ökonomen.

§ 2.

Der Verwaltungsrat ist beschlußfähig, wenn nebst einem der Präsidenten wenigstens vier Mitglieder anwesend sind.

§ 3.

Die wissenschaftlichen Sitzungen des Vereins finden in der Regel am zweiten Dienstag jedes Monats und jährl. mindestens eine administrative Sitzung im Mai statt. Nach Bedarf kann das Präsidium auch weitere wissenschaftliche und administrative Sitzungen einschieben.

§ 4.

Die Tagesordnung jeder Sitzung wird von dem Vorsitzenden und den Schriftführern festgesetzt, welche letztere die mündliche oder schriftliche Anmeldung der Vorträge entgegennehmen.

§ 5.

Das Programm jeder Sitzung ist rechtzeitig kundzumachen und an der bestimmten Tagesordnung in der Regel festzuhalten. Jedoch steht dem Vorsitzenden das Recht zu, im Einvernehmen mit den im Programme vorgemerkten Rednern und mit der Versammlung, aus rücksichtswerten Gründen von dem Programme abzugehen und demselben Vorträge und Demonstrationen einzuschalten oder die Reihenfolge der Redner zu ändern.

§ 6.

Jeder Vortragende ist gehalten, mit tunlichster Beschleunigung dem Schriftführer einen Auszug seines Vortrages für das abzufassende Protokoll einzuhändigen; dieses wird sofort der Redaktion der Wiener klinischen Wochenschrift zur möglichst baldigen Veröffentlichung mitgeteilt und nach Schluß des Vereinsjahres in den Jahrbüchern des Vereins abgedruckt.



§ 7.

Am Schlusse eines jeden Vortrages stellt der Vorsitzende die Frage, ob jemand an den Gegenstand Bemerkungen zu knüpfen wünsche.

Eine sich entspinnende Debatte leitet der Vorsitzende nach allgemeinem parlamentarischen Brauche. Er erteilt demnach das Wort in der Reihenfolge, in der es verlangt wird, weist ordnungswidrige Unterbrechungen, sowie Abschweifungen vom Gegenstande zurück, und es steht ihm das Recht des Ordnungsrufes, der Entziehung des Wortes und endlich der zeitweiligen Unterbrechung der Sitzung zu.

Der Schluß der Debatte, sowie der Schluß der Sitzung, insoferne die Tagesordnung noch nicht erschöpft ist, kann nur durch den Beschluß der Versammlung ausgesprochen werden.

§ 8.

Damit in einer administrativen Sitzung ein Antrag zur Verhandlung komme, muß derselbe beim Vereinspräsidium schriftlich eingebracht werden.

§ 9.

Die Art und Weise der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende, jedoch ist bei Beschlüssen, welche auf Personen Bezug haben, die geheime Abstimmung durch Stimmzettel vorzunehmen, sobald ein Mitglied es verlangt.

§ 10.

Die statutenmäßigen Wahlen zu ordentlichen Mitgliedern können in jeder beschlußfähigen Sitzung vorgenommen werden; der Vorschlag muß von mindestens fünf Mitgliedern unterfertigt sein.

§ 11.

Der Vorschlag zur Wahl eines korrespondierenden oder Ehrenmitgliedes ist schriftlich motiviert dem Verwaltungsrate zu übergeben. Der Verwaltungsrat prüft diese Eingaben und macht demnach einen Vorschlag. Die Wahl selbst geschieht in der Jahres-Hauptversammlung im Mai.

§ 12.

Bei jeder Wahl durch Stimmzettel werden vom Vorsitzenden zwei Skrutatoren bestimmt, welche den Wahlausschuß für die vorzunehmenden Wahlen bilden.

§ 13.

Die Wahlen neuer Mitglieder und der Funktionäre finden in der Weise statt, daß die Abstimmung vor Beginn und während der Sitzung selbst geschieht, und das Wahlergebnis dem Vereine alsbald kundgegeben wird.

§ 14.

Reklamationen müssen binnen der nächsten 14 Tage eingebracht werden.



§ 15.

Wird bei der Wahl von Funktionären die statutenmäßige absolute Stimmenmehrheit nicht erzielt, so findet eine engere Wahl aus jenen statt, welche die relative Mehrheit erhalten haben.

§ 16.

Der Antrag auf Bildung eines Komitees zur Lösung einer bestimmten wissenschaftlichen Frage kann in jeder Sitzung eingebracht werden und soll die genaue Bezeichnung des Gegenstandes, einen skizzierten Plan der Richtung und des Ganges der Arbeit und Vorschläge über die nötigen Arbeitskräfte und etwa erforderlichen materiellen Mittel enthalten.

§ 17.

Die Komitees zur Lösung wissenschaftlicher Aufgaben verkehren nach außen nur durch das Präsidium des Vereines. Dem Verein ist das Recht der Veröffentlichung der Komiteeberichte vorbehalten.

§ 18.

Änderungen der Geschäftsordnung können in administrativen Vereinssitzungen geschäftsordnungsmäßig beantragt und beschlossen werden.

Wien, 12. November 1918.



Referate.

Hirschfeld Magnus: Sexualpathologie. 2. Teil. Sexuelle Zwischenstufen, das männliche Weib und der weibliche Mann. Bonn, A. Marcus & E. Webers Verlag, 1918.

Referate über den 1. Band siehe Jahrbücher XXXVII, Heft 3, Seite 491. Im vorliegenden 2. Bande teilt Verf. die sexuellen Zwischenstufen in fünf Gruppen: den Hermaphroditismus, die Androgynie, den Transvestitismus, die Homosexualität, endlich den Metatropismus, worunter Hirschfeld die vielgestaltige Triebumkehrung verstanden wissen will, daß die virile Frau die aktive Rolle des Mannes, der feminine Mann die passive des Weibes übernimmt. — Wie im 1. Bande betrachtet H. auch im 2. alle sexuellen Triebstörungen unter dem Gesichtspunkt der inneren Sekretion. Ein 3. Band wird angekündigt. — Als Illustration diesmal 20 Photographien auf 7 Tafeln.

Tetzner Rudolf: Neurologie und Psychiatrie. Leipzig, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands z. W. i. w. J. 1918.

Der ärztlichen Bücherei für Fortbildung und Praxis 5. Band, für den Praktiker bestimmt, bringt überraschend viel auf kleinsten Raum zusammengedrängt. Nach 34 Seiten Nervenuntersuchung stellt Verf. 29 neurologische, wiederum nach kurzer Einführung 15 psychiatrische Fälle vor; sogar auf die forensische Beurteilung wird Bezug genommen. Ein Verzeichnis von Fachausdrücken mit Erklärung bildet den Beschluß des handlichen Kompendiums.

Wilbrand H. und **Saenger A.:** Die Verletzungen der Sehbahnen des Gehirns mit besonderer Berücksichtigung der Kriegsverletzungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1918.

Da über die Ausfallserscheinungen der Funktionen des Gehirns bei Schußverletzungen des Schädels, mit Abschluß des Krieges auch die reichliche Materialsammlung abgeschlossen werden kann, darf die vorliegende Arbeit, eine Erweiterung und Vermehrung des betreffenden Kapitels im VII. Band der wohlbekannten Neurologie des Auges willkommen geheißen werden. Die Verf. erörtern die homonyme Hemianopsie nach Schädeltraumen, nach Schußverletzungen, berichten über Hinterhauptschüsse ohne Hemianopsie, weiters folgen zahlreiche Kapitel über allgemeine Fragen, spezielle Fälle, schließlich eine



Zusammenfassung der neuen Tatsachen, welche aus den Beobachtungen der Schußverletzungen der Sehbahnen im Weltkriege gewonnen worden sind. Am wichtigsten ist da wohl der Hinweis auf die flächenhafte Projektion der Retina auf die Rinde der die Fissura calcarina umgebenden Hirnpartie. Für die Gediegenheit der Arbeit bürgen die Namen der Verf.

Kohnstamm Oskar: Medizinische und philosophische Ergebnisse aus der Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. München, Ernst Reinhardt, 1918.

Die vorliegende Arbeit wurde von K. als Erweiterung eines am 15./X. 1917 — drei Wochen vor seinem Tode — im Frankfurter ärztlichen Verein gehaltenen Vortrags vom Krankenlager aus diktiert, von einem Freunde pietätvoll mit Einleitung versehen und mit dem Bilde des Verf. geschmückt, in Buchform herausgegeben. Das „Beweismaterial", d. h. Anmerkungen, Kommentare, Protokolle folgen dem zusammenfassenden theoretischen Vortrag über Geheimnisse des tiefsten Unterbewußtseins als eigene Abteilung. Voraussetzung für die Anerkennung der Theorien Kohnstamms ist, daß man die Ergebnisse der hypnotischen Selbstbesinnung ebenso hoch wertet wie er selbst. Das von ihm geprägte Wort: „Gesundheitsgewissen" hat vielfach Anklang gefunden, weniger die von ihm aufgestellte Schizothymie. Für ihn bedeutete jedenfalls die neue Psychologie des inneren Erschauens den Abschluß seiner Psycho-Biologie.

Mezger, Dr. Edmund: Der psychiatrische Sachverständige im Prozeß. Tübingen. J. C. B. Mohr, 1918.

Beilageheft zu Band 117 des Archiv für die zivilistische Praxis. Eine eingehende juristische Untersuchung des bekannten Tübinger Staatsanwaltes über die Tätigkeit des psychiatrischen Sachverständigen im heutigen Zivil- und Strafprozeß, speziell über das Verhältnis der Sachverständigen- zur richterlichen Tätigkeit. In vier Abschnitten: Begriff und Aussagen des psychiatrischen Sachverständigen: das Gutachten als prozessuale Tatsachenfeststellung, als prozessuale Tatsachenbewertung; die richterliche Verwertung und Nachprüfung des psychiatrischen Sachverständigengutachtens, wird das Thema erschöpfend abgehandelt. Wie alle juristischen Theoretiker erklärt M., daß die Subsumption dem Richter vorbehalten bleiben müsse, eine These, die auch die übergroße Mehrzahl der Psychiater vertritt, wenngleich die Praxis des Gerichtssaales das Gegenteil verlangt und erzwingt. Im übrigen sind es ausschließlich juristische Kontroversen, in welchen M. Stellung nimmt; es ist aber auch für den Mediziner nicht uninteressant, zu lesen, wie der Sachverständige im Prozeß gedacht ist. R.



Buchdruckerei Fr. Winiker & Schickardt, Brünn.



